



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

MARIA JOSÉ CARVALHO MORENO

**PERFIL DAS MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE
ÚTERO USUÁRIAS DO HOSPITAL AGOSTINHO NETO –
CABO VERDE**

Florianópolis, SC
2010

**Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina**

M843p Moreno, Maria José Carvalho

Perfil das mulheres com câncer de colo de útero usuárias do hospital Agostinho Neto- Cabo Verde [dissertação] / Maria José Carvalho Moreno ; orientador, Fernando Dias de Ávila Pires. - Florianópolis, SC, 2010.

116 p.: il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Colo uterino - Câncer. 3. Papillomavirus Humano. 4. Perfil. I. Pires, Fernando Dias de Ávila. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

MARIA JOSÉ CARVALHO MORENO

**PERFIL DAS MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE
ÚTERO USUÁRIAS DO HOSPITAL AGOSTINHO NETO –
CABO VERDE**

Dissertação apresentada para obtenção
do Título de Mestre, do Programa de
Pós Graduação em Saúde Coletiva,
Mestrado em Saúde Coletiva,
Universidade Federal de Santa
Catarina.

Área de Concentração: Epidemiologia
Linha de Pesquisa: Epidemiologia das
doenças não transmissíveis

Orientador: Prof. Dr. Fernando D. A.
Pires

Florianópolis, SC
2010



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**“Perfil das Mulheres com câncer de colo de útero
usuárias do Hospital Agostinho Neto”**

AUTOR: **Maria José Carvalho Moreno**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE COLETIVA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Epidemiologia**

Prof. Dr. Sérgio Fernando de Torres Freitas
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

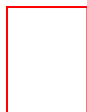
BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Fernando Dias de Ávila Pires
(Presidente)

Profa. Dra. Marcia Grisotti
(Membro Externo)

Profa. Dra. Elza Berger Salema Coelho
(Membro Titular)

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires
(Suplente)



AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus.

Aos meus Pais, Manuel Moreno e Luisa Carvalho por terem me ensinado tudo que sei hoje, e por me deixar escolher meu caminho, pena que este caminho que escolhi acabou nos separando por dois anos. Achava que sair de casa e morar num outro continente era a fase mais difícil da minha vida, mas não é, o mais difícil era acordar e ver que não estavam para me dizer “como acordou hoje Maria”, mas só de pensar que vocês estavam sempre comigo superei as dificuldades e ganhei mais força para seguir em frente em busca do meu ideal. Dedico este trabalho a vocês. AMO MUITO VOCÊS.

Aos meus irmãos, Oscar, Leonilde, Daniel, José, Jacqueline e Tainara pelo incentivo e companheirismo, que mesmo à distância sempre torceram por mim, *AMI É DODU NA NHOS* (Adoro vocês).

Ao meu namorado Emiliano, por todos os dias que não pude estar presente, pelo amor, paciência e pelas férias maravilhosas que ele me propicionou.

Agradeço ao meu Orientador que foi como um pai e um bom amigo durante esses dois anos pela disponibilidade e abraços, nos momentos que enfraqueci e ele estava sempre lá para me dar apoio e carinho sempre dizendo assim: “Maria, Maria falta pouco minha africana” ao Rodrigo que foi um amigo e foi o suporte em tudo, obrigada por acreditarem que sou capaz.

À casa 202 (Lise, Jacira e Karine) por ter me aturado todos os dias, pela força, amizade e por todos os momentos que passamos juntas, rindo, chorando, gritando e cantando. Amo vocês meninas.

Ao Departamento de Saúde Pública da UFSC, onde tive a oportunidade de aprender durante o mestrado. Especialmente, agradeço à todos os professores que leccionaram o curso e tiveram paciência e humildade em compreender e me ensinar mesmo fora do horário do expediente. Agradeço ao Prof. Sérgio Freitas, Prof. Marco Peres, Prof^a. Eleonora, Prof^a. Marta Verdi que me acompanharam antes mesmo de saber se viria ou não estudar na UFSC.

Aos meus colegas de mestrado pela recepção e por tudo, mas não podia deixar de destacar alguns que foram a minha família aqui no Brasil e me fizeram sentir em casa: Alexandra (pelos momentos que passamos estudando epidemiologia você nunca me deixou sentir sozinha e sempre apostou em mim e obrigada pelo apoio e pelos abraços que sempre me fizeram sentir forte a cada queda), Ramona (obrigada pelo

carinho, disponibilidade e pelo carinho que você me dava todos os dias e sempre preocupada com o meu bem estar aqui), Fernando (obrigada pelo carinho e atenção e principalmente nessa dissertação, um amigo que preencheu os meus dias todos os dias com abraços fortes), Marui (uma amigona que sempre esteve por perto procurando fazer eu me sentir bem do seu lado, obrigada por tudo mesmo, estudamos sempre juntas divertindo, e me dando apoio e carinhos para não desistir) Thaisa (mais do que um suporte uma amiga presente), Emilene (por tudo minha vizinha). Ao mesmo tempo não podia deixar de fazer agradecimentos especiais para a Prof.^a Elza Salema por ter acreditado sempre em mim e no meu trabalho e pelas palavras que sempre foi um conforto para mim, ao António, Miguel e o Marcos pela força e pelo carinho. Vai um muito obrigado pelos anos que vocês me aturaram e pelos momentos bons que passamos juntos. *NUNCA CA TA SQUECE DE NHOS* (nunca esquecerei de vocês)

MORENO, Maria José Carvalho. **Perfil das Mulheres com Câncer de Colo de Útero usuárias do Hospital Agostinho Neto – Cabo Verde.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, SC, 2010.

RESUMO

Objetivos: Traçar o perfil das mulheres com câncer de colo de útero usuárias do Hospital Agostinho Neto - Cabo Verde. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, baseado na análise de 100 registros de casos notificados de câncer de colo de útero pelo banco estatístico do hospital Agostinho Neto. Utilizou-se o programa Epi Info 9.0 para digitação, análise e criação do banco de dados, através de apresentação de percentagens, e intervalos de confiança (95%). **Resultados:** Os resultados revelam que 85% (IC 95% 4,7-11,7) das mulheres foram atendidas na secção de ginecologia, logo tiveram um tratamento adequado. A maioria das ocorrências de câncer cervical observou-se nas mulheres de naturalidade da Cidade da Praia (74%); ilha de Santiago (97%); residentes também na Praia (74%). Pacientes compreendida entre 38 a 59 anos de idade com 51% de prevalencia de câncer cervical, casadas (45%), tendo a ocupação de domestica (39%) sem salário remunerado e vivem com um parceiro (67%). O nível de escolaridade é baixo quando comparada com as analfabetas (22%). Dentre elas de 17-20 anos iniciaram a atividade sexual tardia (50%), o inicio da menarca deu-se entre 14-16 anos, destaca-se pacientes com 1 a 3 filhos (66%). Das 100 mulheres praticamente todas teve presença de HPV menos 3%, também elas não usam preservativo que é o primeiro método de prevenção já que não há vendas de vacinas anti-HPV em Cabo Verde. **Conclusão:** Ressalta-se a necessidade de estudos mais aprofundados para avaliar a associação entre câncer de colo uterino com outros fatores em Cabo Verde e um estudo que extrapole para a população. O perfil oncologico descreve que são mulheres com um parceiro, não têm o hábito de fazer consultas ginecológicas periodicamente, vivem na Capital (Praia), ilha de Santiago e muitas residem em bairros periféricos com posto de saude sem ginecologista de acompanhamento, analfabetas ou com um grau razoável de escolaridade, domésticas, com bastantes filhos. É importante a questão da sensibilização da população, em saber onde procurar assistência médica

e também consultas de ginecologia sempre, pelo menos duas vezes por ano. A educação sexual, ainda é outro factor importante da prevenção do carcinoma cervical, através de uma orientação do uso correcto de preservativos, de modo a desmotivar a promiscuidade sexual e o início precoce da actividade sexual. Há uma necessidade de programas voltados para as mulheres com pouco acesso as informações e incentivo na procura de consultas ginecológicas nem só para as mulheres das zonas rurais como também para as da Cidade da Praia que vivem em bairros periféricos.

PALAVRAS-CHAVE: câncer cervical; perfil; Papilomavírus humano.

MORENO, Maria José Carvalho. **Profile of women with Cancer of the Cervix users of Hospital Agostinho Neto- Cape Verde.** Dissertation (Master) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, SC, 2010.

ABSTRACT

Objective: To trace the profile of women with cancer of cervix uterus users of Agostinho Neto Hospital - Cape Verde. Method: This is a descriptive epidemiological study based on analysis of 100 records of reported cases of cancer of the cervix by the bank's statistical Hospital Agostinho Neto. We used the Epi Info 9.0 for input and analysis and database creation through presentation of percentages and confidence intervals (95%). **Results:** The results show that 85% (95% CI 4.7 to 11.7) of women were treated in the gynecology section, soon had an adequate treatment. Most occurrences of cervical cancer in women were observed to be born in City of Praia (74%), Santiago Island (97%), also resident at the Praia (74%). Patients between 38 and 59 years of age with 51% prevalence of cervical cancer, married (45%), and the occupation of domestic (39%) paid no wages and living with a partner (67%). The level of education is low compared to the illiterate (22%). Among those 17-20 years of first sexual intercourse later (50%), the onset of menarche was between 14-16 years, stands out patients with 1 to 3 children (66%). Of the 100 women had almost all the presence of HPV least 3%, they also do not use condom, which is the primary method of prevention because there are no sales of anti-HPV vaccines in Cape Verde. **Conclusion:** We stress the need for further studies to evaluate the association between cervical cancer with other factors in Cape Verde and a study that extrapolates to the population. The profile describes cancer as are women with a partner, not in the habit of making regular gynecological visits, live in the capital (Praia), Santiago island, and many live in suburbs with no post gynecologist health monitoring, illiterate or with a reasonable degree of education, home, with large families. It is important to the issue of raising public awareness, in knowing where to seek medical care and gynecology consultations also always at least twice a year. Sex education is still another important factor in the prevention of cervical carcinoma through an orientation of the correct use of condoms in order to discourage sexual promiscuity and early sexual activity. There is a need for programs aimed at women

with little access to information and encouragement in seeking gynecological not only for women in rural areas but also for the city of Praia living in suburbs.

Keywords: cervical cancer; profile, human papillomavirus

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	18
LISTA DE ABREVIACÕES E GLOSSÁRIOS	21
1. INTRODUÇÃO.....	25
1.1. PERGUNTA DE PESQUISA	27
1.2. JUSTIFICATIVA	27
2. REFERÊNCIAL TEÓRICO	29
2.1. HISTORIA NATURAL DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.....	29
2.2. CLASSIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS	30
2.3. HISTOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO	33
2.4. FATORES DE RISCO AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	35
2.4.1. Idade.....	35
2.4.2 Estado civil	35
2.4.3 Atividade sexual	36
2.4.4 Paridade ou multiparidade.....	36
2.4.5 Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).....	37
2.4.6 Nível sócio-econômico	37
2.4.7 Anticoncepcional Hormonal	38

2.4.8 Tabagismo	38
2.4.9 Vírus do Papiloma Humano (HPV)	39
2.4.9.1 Aspectos históricos acerca da associação do HPV com o câncer de colo de útero.....	41
2.4.9.2 Tipos de Papiloma Vírus Humano.....	42
2.4.9.3 Aspectos epidemiológicos da infecção pelo vírus HPV: incidência, prevalência.	44
2.5 DIAGNÓSTICO DO CÂNCER CERVICAL	47
2.5.1 Colpocitologia oncótica (Papanicolau): limitações e importância.....	47
2.5.2 Colposcopia	48
2.5.3 Anatomo-patológico	49
2.5.4. Inspeção Visual do Colo Uterino	52
2.5.4.1. Inspeção visual do colo de útero após aplicação de ácido acético (IVA).....	52
2.5.4.2. Visualização do colo uterino sem aplicação de ácido acético (IVON).....	53
2.5.4.3. Inspeção visual após a aplicação de lugol (IVL ou teste de Schiller)	53
2.5.5. Citologia cervical em meio líquido	54
2.5.6. Testes Biomoleculares	55
2.5.7. Captura Híbrida.....	55
2.5.7.1. Reação em Cadeia de Polimerase (PCR).....	56
2.5.7.2. Teste de hibridação <i>in situ</i> (ISH).....	57

2.6 VACINA.....	57
2.7 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO ...	59
2.8 ESTADIAMENTO	60
2.9 SINTOMAS	62
2.10 TRATAMENTO PARA CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	62
2.11 RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.....	64
2.12 PERFIL DA MULHER CABO-VERDIANA	66
2.13 SAÚDE PÚBLICA	68
2.13.1 SISTEMA DE SAÚDE EM CABO VERDE	68
3 OBJETIVOS.....	73
3.1 Objetivo Geral.....	73
3.2 Objetivo Específico.....	73
4 METODOLOGIA	75
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	75
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	75
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	79
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO	79
4.5 FONTES DE DADOS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	79
4.6 COLETA DOS DADOS	80
4.7 CONTROLE DE QUALIDADE	80
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	80

4.9 QUESTÕES ÉTICAS	80
4.10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	81
5. REFERÊNCIAS	82
6. RECOMENDAÇÕES.....	115

LISTA DE QUADROS E TABELAS

REFERENCIAL TEÓRICO:

Quadro 1– Correlação entre sistemas de nomenclatura de alterações em citologia oncológica.	32
Tabela 1: Estadiamento de Cancer de Colo de Útero proposto pelo FIGO	61
Tabela 2- Efeito protector do rastreio para câncer do colo do útero de acordo com o intervalo entre os exames em mulheres de 35 a 64 anos.....	64
Tabela 3- Citologias executadas nos serviços 2001 a 2006 ...	65
Tabela 4 - Citologias realizadas na CSR Bela Vista 2000 – 2007.....	65
Tabela 5 - Cirurgias executadas por neoplasia cervical 2002 – 2006.....	66

LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Evolução das lesões (NIC I, NIC II e NIC III)	33
Figura 2 – Desenho Esquemático de HPV	41

Figura 3 – Grau de Comprometimento Tecidual da NICs até câncer invasor.....	44
Figura 4– Células parabasais	51
Figura 5 – Células intermediárias.....	51

LISTA DE ABREVIACÕES E GLOSSÁRIOS

AGUS- atipias de significado indeterminado de células glandulares

ASCUS- atipias de significado indeterminado de células escamosas

CAF – Cirurgia de Alta Frequência

CONPREV - Coordenação de Prevenção e Vigilância

CONCELHO-

CARCINOGENESE- processo de formação do Câncer

CELULAS T-

CCEI- Carcinoma Cervical Escamoso Invasor

CO- colpocitologia oncótica, mesmo que Papanicolaou

CS - Centro de Saúde

DST- Doença sexualmente transmissível

DNA - Ácido Desoxirribonucléico

Ectocervix- o mesmo que ectocérvice, parte externa do colo uterino

Endocervix- o mesmo que endocérvice, canal do colo do útero

FN- falso negativo

FP- falso positivo

FREGUESIA- distrito de uma paróquia, pequena povoação

HPV- papiloma vírus humano

H.A.N - Hospital agostinho Neto

HPV - Papilomavírus Humano

HIPOESTROGENISMO

HISTERECTOMIA- consiste na retirada do útero

HBS- Hospital Baptista de Sousa

HAN- Hospital Agostinho Neto

HR - Hospital Regional

IARC - Agencia Internacional para Pesquisa sobre Câncer.

INCA - Instituto Nacional de Câncer.

INE - Instituto Nacional de Estatística.

INMG - Instituto Nacional Meteorologia e Geofísica.

IVA- inspeção visual com aplicação de ácido acético.

IVAM- inspeção visual com ácido acético por magnificação (lente de aumento)

IVON- inspeção visual a “olho nu”.

JEC- junção escamo-colunar, união dos epitélios da parte externa do colo uterino com o do canal.

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde.

LIE- lesão intra-epitelial escamosa.

LIEAG - Lesão Intra-epitelial Epidermóide de Baixo Grau.

LIEBG - Lesão Intra-epitelial Epidermóide de Alto Grau.

LINFANGIOGRAFIA- Visualização de linfáticos (linfangiografia) e ou linfonodos (linfodenografia) pela radiografia.

NIC I - Neoplasia Intra-epitelial Cervical I.

NIC II - Neoplasia Intra-epitelial Cervical II.

NIC III - Neoplasia Intra-epitelial Cervical III.

NECROSE- é a morte de uma célula ou a parte de um tecido em um organismo vivo.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

PCR- reação em cadeia de polimerase.

PROLAPSOS- significa literalmente “cair fora do lugar.”

PDM - Plano Diretor Municipal.

RM - Ressonância Magnética.

RADIOTERAPIA- é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes.

SCIELO - Scientific Electronic Library online.

TC - Tomografia Computadorizada.

UROGRAFIA EXCRETORA- é o exame radiológico inicial em casos de dores nas vias urinárias.

PROJETO DE PESQUISA AMPLIADO

1. INTRODUÇÃO

De todos os tumores malignos ginecológicos que afetam a camada feminina, o câncer do colo uterino é talvez um dos mais interessantes desde o ponto de vista da saúde pública, por sua alta prevalência e incidência, pela possibilidade de diminuir sua mortalidade e morbidade mediante a aplicação de métodos efetivos de controle (HENDING et al., 1964)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, existem mais de dois milhões de mulheres em todo o mundo com câncer de colo do útero, sendo a maioria dos casos existentes nos países em vias de desenvolvimento. Na América Latina, no Sudeste Asiático e na África Sub-Sahariana, as taxas de incidência são geralmente altas, enquanto na América do Norte, Austrália, Norte e Oeste Europeu, são consideradas baixas.

A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou, para o ano de 2000, a ocorrência de 470606 novos casos desta doença, com taxas padronizadas de incidência e mortalidade de 16,12 e 7,99 por 100000 mulheres, respectivamente. Para esse mesmo ano, as maiores taxas padronizadas de incidência e mortalidade foram estimadas para países em desenvolvimento, como por exemplo, o Haiti, com taxas respectivamente de 93,85 e 53,49 por 100000 mulheres, contrastando com taxas mais baixas nos países economicamente desenvolvidos, como por exemplo, Luxemburgo, com incidência e mortalidade de 3,58 e 1,27 por 100000 mulheres, respectivamente.

O principal agente apontado como causador do câncer cérvico-uterino é o Vírus do Papiloma Humano (HPV) (CRUZ., 2008). Outros fatores associados são considerados um risco: o tabagismo, o uso de anticoncepcional hormonal prolongado, baixas condições sócio-econômicas, multiparidade, promiscuidade, iniciação sexual precoce, presença ou antecedente de doença sexualmente transmissível, deficiências nutricionais (PEREYRA et al., 2002; DÔRES, 2000) e frequência ou não de exames ginecológicos (DE PALO et al., 2002).

O exame citopatológico (Papanicolaou) permite que seja efetuada a detecção precoce em mulheres assintomáticas, contribuindo para a detecção de lesões precursoras e da doença em estágios iniciais. O exame preventivo também se caracteriza por ser um método de rastreamento seguro, sensível e de baixo custo. Apesar de esse método de rastreamento ter sido introduzido no mundo há muito tempo, estima-

se que cerca de 60% das mulheres nunca tenham sido submetidas ao exame (CRUZ., 2008).

Presume-se que com o aumento do número de pessoas vacinadas contra o HPV, haverá uma redução satisfatória dos casos de câncer e verrugas genitais, além do que há evidência no aumento da economia na rede pública com gastos em diagnósticos e com tratamentos de alto custo em mulheres com câncer de colo uterino. Uma estratégia operacional e coerente dos gestores públicos seria investir na prevenção, ou seja, disponibilizar a vacina às usuárias do sistema, incentivando ações profiláticas e preventivas que reduzirão o número de mortes, doenças, hospitalizações e agravos em mulheres por esses tipos virais.

O câncer cervical é hoje, em Cabo Verde, um sério problema de saúde pública, sendo a redução de seu impacto possível através de programas integrados de controle, desde que incorporados aos demais níveis do sistema de atenção à saúde. O Ministério da Saúde tem que preconizar a prevenção do câncer ginecológico como uma das ações básicas na assistência prestada à mulher, e deve estender a cobertura de atendimento ginecológico a todas as mulheres que se encontram na faixa etária reprodutiva através dos centros de saúde (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2000).

Até o momento, este é considerado o método de melhor custo-efetividade para a detecção de lesões precursoras: neoplasias intra-epiteliais cervicais - NIC, ou lesões intra-epiteliais cervicais - LIS (KOSS, 1989). As estratégias de um programa para prevenção do câncer do colo uterino incluem a pesquisa de alterações cervicais, através da colpocitologia oncótica, e o seguimento e tratamento adequados das mulheres com lesões pré-neoplásicas. Nas regiões onde estas estratégias foram efetivamente implantadas, observou-se diminuição das taxas de incidência e de mortalidade por esta doença (LAARA et al., 1987; SIMCOCK et al., 2001; LIU et al., 2001).

Acredita-se, portanto, que ações educativas desenvolvidas com a participação da comunidade, no sentido de ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco, o desenvolvimento da doença e a importância da realização periódica do exame preventivo, podem permitir alcançar resultados satisfatórios para a redução das taxas de morbimortalidade de câncer de colo uterino em Cabo Verde.

Diante disso, acredita-se que a relevância desse estudo esteja associada às informações que possam trazer para a camada feminina de Cabo Verde e também para o Hospital público e nem só, pode ajudar a construir um programa de rastreamento mais eficaz, haja vista que a

escassez bibliográfica a esse respeito e por não existirem estudos em Cabo Verde sobre câncer de colo de útero.

1.1. PERGUNTA DE PESQUISA

Qual é o perfil das mulheres com câncer de colo de útero usuárias do Hospital Agostinho Neto, Cabo Verde?

1.2. JUSTIFICATIVA

O câncer de colo de útero tem afetado a população feminina cabo-verdiana, porque a informação acerca desta doença não tem sido divulgada tal como as outras doenças, isso é um problema de saúde pública, mas também da responsabilidade governamental de Cabo Verde. Mas as mulheres cabo-verdianas não têm preocupado muito pelas práticas preventivas da saúde como acompanhamento ginecológico que é de extrema importância para a prevenção e detecção da doença segundo o jornal online Panapress (2004)

Sem pôr em causa a absoluta necessidade de concentrar os recursos na melhoria das condições nutricionais, higiênicas e hospitalares, é necessário retificar algumas concepções e refletir mais detalhadamente sobre a taxa de mortalidade, e morbilidade que ao longo dos últimos anos tem vindo a aumentar.

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

Para a construção do referencial teórico deste estudo foi realizada uma pesquisa na base de dados do Scielo, Lilacs e Medline, com os descritores, em português, “Câncer de Colo do Útero”, “HPV”, “Perfil”, “Diagnostico para HPV”.

2.1. HISTORIA NATURAL DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O Câncer cervical inicia-se a partir de uma lesão pré-invasiva (anormalidades epiteliais conhecidas como displasia e carcinoma *in situ* ou diferentes graus de neoplasia intra-epitelial - NIC), é curável em até 100% dos casos que, em geral, progride lentamente, por anos, antes de atingir o estagio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil ou, às vezes impossível (INCA., 2006).

Na maioria das vezes, o câncer de colo uterino se desenvolve na zona de transformação da cérvix, região localizada entre os epitélios glandular e estratificado, nas proximidades do orifício externo do colo. Esta área apresenta constante processo regenerativo e alta taxa de mitose, ocasionados por agentes agressores vaginais, como o pH ácido e a microbiota (KOSS., 1988).

O conceito clássico de lesões pré-invasivas do colo uterino consiste em um grupo heterogêneo de alterações, com curso de progressão lento para carcinoma invasor, iniciando pela neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) grau I, seguindo para NIC grau II e, desta, para NIC grau III, de acordo com a acentuação da atipia celular e da fração da espessura do epitélio cervical acometida. Entretanto, o risco das formas pré-invasivas, sobretudo NIC I e NIC II, progredirem para doença invasora ainda é pouco claro, assim como a probabilidade de progressão de NIC I para NIC II ou NIC III (Pinto, 2000).

Em geral, estima-se que a maioria das lesões de baixo grau regredirá espontaneamente, enquanto 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos (INCA., 2002). Por outro lado, em 2000, o Instituto Nacional de Cancer dos Estados Unidos calculou que somente 10% dos casos de carcinoma *in situ* evoluirão para câncer invasor no primeiro ano, enquanto de 30% a 70% dos casos pode evoluir no decorrer de 10 a 12 anos, dependendo

das alterações morfológicas caso não seja feito o tratamento (INCA.,2002).

Baron e Richard, em 1968, mostraram que, na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de uma displasia leve (HPV, NIC-I) e o desenvolvimento de carcinoma *in situ* é de 58 meses, enquanto para as displasias moderadas (NIC-II) o tempo é de 38 meses e nas displasias graves (NICIII), de 12 meses.

2.2. CLASSIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES CITOLÓGICAS

A avaliação citológica das células obtidas do colo uterino e da vagina foi inicialmente proposta por Papanicolaou e Traut (1941) como um método para detectar o câncer cérvico-uterino. A primeira classificação destas anormalidades foi definida por Papanicolaou em 1942, a saber:

- Classe I - ausência de células atípicas ou anormais;
- Classe II - citologia atípica, porém sem evidência de malignidade;
- Classe III - citologia sugestiva, mas não conclusiva para malignidade;
- Classe IV - citologia fortemente sugestiva de malignidade;
- Classe V - citologia conclusiva para malignidade.

Os problemas da classificação proposta por Papanicolaou, como a não utilização da nomenclatura de forma homogênea por diferentes laboratórios de citopatologia e a não existência de correspondência com os achados histológicos de biópsias cervicais, além da introdução do conceito de doença pré-invasiva, levaram à revisão deste sistema classificatório. Outros sistemas foram propostos, contudo todos apresentavam problemas relacionados ao grande número de definições, à impossibilidade de alcançar consenso entre os especialistas sobre os critérios morfológicos necessários para os diagnósticos, e à deficiente correlação entre citologia e histologia.

As descrições histológicas iniciais das lesões cervicais pré-invasivas eram denominadas displasia leve, displasia moderada ou displasia acentuada (REAGAN et al., 1953), refletindo o conceito de que as lesões precursoras do câncer do colo uterino representam estágios

contínuos da mesma doença, iniciando com a displasia leve e progredindo em direção ao carcinoma invasor.

Este pressuposto levou Richart (1969) a introduzir o conceito de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC). No sistema de classificação citológica de Richart, NIC 1 corresponde à displasia leve, NIC 2 à displasia moderada e NIC 3 corresponde à displasia acentuada e ao carcinoma *in situ* (RICHART., 1973).

No ano de 1988, várias classificações estavam em uso, trazendo dificuldades na comunicação entre clínicos, patologistas e pesquisadores, inclusive questões judiciais de resultados falsos negativos para doença cervical. Por esse motivo, o Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos constituiu um grupo de trabalho, com o objetivo de padronizar as nomenclaturas das citologias cérvico-vaginais e cervicais, sendo desenvolvido um sistema classificatório que ficou conhecido como Sistema de Bethesda. Esta classificação substituiu as categorias neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) grau I e grau II por lesão intra-epitelial escamosa (LIS) de alto grau, denominado LIS de baixo grau NIC grau I e as alterações morfológicas que ocorrem devido á infecção pelo HPV, com base na semelhança do comportamento evolutivo para doença invasora dessas lesões (National Cancer Institute Workshop., 1989).

A principal vantagem do Sistema Bethesda foi a distinção entre as alterações celulares benignas (infecciosas, reativas ou regenerativas) e as alterações realmente atípicas (atipias escamosas ou glandulares de significado indeterminado – ASCUS ou AGUS), reclassificando os achados denominados de atipias na classificação de Papanicolaou.

O Sistema Bethesda foi elaborado visando a correlação entre a citologia e a histologia, a facilitação da comunicação entre os citopatologistas, os clínicos e os pesquisadores através de uma padronização internacional (National Cancer Institute, 1998).

O quadro abaixo apresenta três sistemas classificatórios acima referidos e a correlação existente entre eles.

Quadro 1– Correlação entre sistemas de nomenclatura de alterações em citologia oncológica.

PAPANICOLAOU	RICHART	BETHESDA
CLASSE I	----- -----	NORMAL
CLASSE II	----- -----	ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS
----- -----	----- -----	ASCUS/AGUS
----- -----	----- -----	LESÃO ESCAMOSA INTRA- EPITELIAL DE BAIXO GRAU (LSIL)
CLASSE III	NIC I	
	NIC II	
	NIC III	
CLASSE IV	CARCINOMA <i>IN SITU</i>	LESÃO ESCAMOSA INTRA- EPITELIAL DE ALTO GRAU (HSIL)
CLASSE V	CARCINOMA ESCAMOSO INVASOR ADENOCARCINOMA	CARCINOMA ESCAMOSO INVASOR ADENOCARCINOMA

Fonte: Pires, 2006

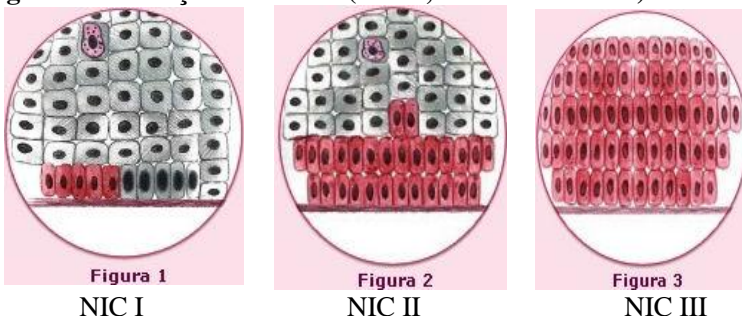
2.3. HISTOLOGIA E EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Há dois tipos histológicos de câncer de colo de útero: o carcinoma escamoso e o adenocarcinoma, que acometem a ectocervix e a endocervix.

O carcinoma de células escamosas da cérvix uterina corresponde a 85% de todos os carcinomas cervicais e tem todas as características de uma doença sexualmente transmissível (DST). O adenocarcinoma representa de 8 a 10% dos tumores malignos do colo uterino, podendo ser assintomático em 15% das pacientes (DE PALO et al., 2002).

As lesões intra-epiteliais escamosas (LIE) se caracterizam por alterações da maturação e anomalias nucleares que acometem diversos níveis do epitélio, sendo divididas de acordo com a extensão e gravidade das mesmas. Atualmente, são classificadas, segundo Bethesda em: LIE de baixo grau (engloba HPV e NIC-I) em que as atipias estão confinadas ao terço inferior do epitélio e as LIE de alto grau, confinadas aos dois terços inferiores do epitélio (NIC-II) ou acometem toda a espessura desse (NIC-III ou carcinoma *in situ*) (PALO et al., 2002; SALOMON, 2002).

Figura 1– Evolução das lesões (NIC I, NIC II e NIC III)



Fonte: INCA., 2000

A taxa de carcinoma cervical invasor aumenta depois dos 35 anos de idade, é máxima entre a 5ª e 6ª década de vida e posteriormente diminui, enquanto o adenocarcinoma acomete preferencialmente mulheres jovens de 20 a 35 anos (DE PALO et al., 2002). Em comparação, o carcinoma *in situ* apresenta maior incidência em idades

jovens (25 a 35 anos) e depois diminui. Aos 65 anos, o carcinoma *in situ* é quase inexistente. Vale á pena destacar que nos últimos 20 anos tem ocorrido uma diminuição da idade média das mulheres diagnosticadas com carcinoma *in situ* e com CCEI (DE PALO et al., 2002).

As lesões pré-invasivas apresentam padrão de distribuição etário com aumento da incidência entre 30 e 35 anos. Cálculos generalistas determinam que a probabilidade de uma mulher desenvolver câncer de colo uterino invasor ou câncer *in situ* durante sua vida é da ordem de 0,7% a 2,0% respetivamente (ARMSTRONG et al. 1992). Contudo, o diagnostico das formas *in situ* está aumentando em muitas populações, paralelamente a um decréscimo no diagnostico de formas invasoras e na mortalidade do câncer de colo uterino (MOTTA et al., 2001).

Geralmente constata-se que, em uma população rastreada de mulheres sexualmente ativas em países desenvolvidos, a incidência acumulada de câncer cervical se encontra entre 0,2 e 0,5%. A taxa de prevalência de LIE de alto grau é de 0,5-1,0%, e a LIE de baixo grau é de 3-5% (DE PALO et al., 2002). Já Kyrgiou et al (2006) apontam que, com novos conhecimentos a respeito da prevalência de LIE cervical na população em geral, essa está cerca de 1-2%.

Mas MacGregor et al (1994), afirmaram que durante as ultimas décadas, a prevalência de LIE de alto grau vai aumentar em países subdesenvolvidos, com proporções significativas nas mulheres em idade reprodutiva, nas quais vai provocar um impacto social (DE PALO et al., 2002).

Segundo os dados da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC, 2000), América do Sul e sudoeste da Ásia são países com altas incidências de câncer de colo uterino (em torno de 40 por 100.000 mulheres) e com menores incidências na América do Norte, Austrália, noroeste da Europa, Israel e Kuwait (em torno de 10 por 100.000 mulheres por ano). Existe uma variabilidade entre mulheres brancas e negras dentro de uma mesma população, sendo mais freqüentes nas últimas.

Em Cabo Verde cerca de 6,6% (equivalente a 31 mil mulheres cabo-verdianas) provavelmente possuem o câncer de colo de útero. A maioria dos casos foi detectada na cidade da Praia e a maioria são mulheres com a faixa etária compreendida entre 35-50 anos (PANAPRESS., 2007).

Quanto ao estágio do tumor no momento do diagnóstico, observado no hospital que têm registro Hospitalar de Câncer, mais de 70% das pacientes, entre aquelas cujos prontuários registaram a doença,

o estagio desta apresenta-se em fase avançada, o que limita, e muito, a possibilidade de cura (MINISTÉRIO DE SAÚDE., 2000).

Uma das principais razões desse panorama na Cidade da Praia resulta do fato que, durante muitos anos, a realização do exame preventivo (Papanicolaou), método de rastreamento sensível, seguro e de baixo custo que torna possível a detecção de lesões precursoras e de formas iniciais da doença, não tem ainda um programa organizado para abranger todas as regiões da cidade apenas é possível no hospital público ou laboratórios privados. Na rede de saúde, a maioria dos exames citopatológicos são realizados em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente naquelas que comparecem aos postos para cuidados relativos à natalidade. Isto leva a subaproveitar-se a rede, uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres da faixa etária de maior risco. Esse fato provavelmente tem contribuído para elevado o número de casos de mulheres com câncer numa fase tardia e consequentemente aumento na taxa de mortalidade, (DELEGACIA DE SAÚDE, 2002).

2.4. FATORES DE RISCO AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

São considerados em vários trabalhos a existência de fatores de risco para o câncer de colo uterino, como:

2.4.1. Idade

O câncer de colo incide mais a partir dos 35 anos e o risco cresce gradativamente até os 60 anos quando então tende diminuir. O carcinoma *in situ* pode aparecer antes dos 35 anos (SALVIA., 1999).

2.4.2 Estado civil

A frequência é acentuada entre as mulheres casadas (79%), seguido das mulheres em outro estado civil (17%) e das solteiras (4%) (PIATO, 1999).

2.4.3 Atividade sexual

Pacientes com vida sexual ativa e que tiveram precoce início de sua atividade sexual apresentam um maior risco de vir a desenvolver câncer de colo de útero do que em mulheres que nunca tenham sido sexualmente ativas, além do não uso frequente de preservativos (HALBE., 1994; PIATO., 1999).

O CCEI é quatro vezes mais frequente em mulheres sexualmente ativa, antes dos 17 anos de idade, constata-se um risco cinco vezes maior do que em grupos de controle, cujo primeiro coito aconteceu em idade menor ou igual a 23 anos. Em mulheres com múltiplos parceiros sexuais (mais de três), identifica-se um risco 3,4 vezes maior do que aquelas com um parceiro, raramente o CCEI é diagnosticado em mulheres que nunca tiveram relações sexuais (DE PALO et al., 2002).

A incidência do CCEI é muito mais baixa em mulheres que utilizam, com regularidade preservativos ou cujos parceiros tenham sido submetidos à circuncisão. Constata-se uma maior taxa de CCEI em mulheres monogâmicas, cujos parceiros têm mantido relações sexuais com múltiplas parceiras (papel do homem na gênese do CCEI).

Alguns estudos de caso - controle apontam que viúvas de parceiros com câncer de pênis correm maior risco para contraírem CCEI quando uma parceira prévia falece de câncer de colo de útero, na parceira posterior se identifica maior risco de padecer de tal câncer.

2.4.4 Paridade ou multiparidade

A história obstétrica da paciente possui relevante papel na etiologia do câncer de colo do útero, quando primeiro parto se dá antes dos 20 anos, além de multiparidade e partos vaginais, há uma maior probabilidade do desenvolvimento de câncer cervical (NORONHA et al., 1999).

2.4.5 Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

Muitas infecções do trato genital inferior estão relacionadas com lesões malignas do colo uterino. Os vírus Herpes simples e Papilomavírus humano são os que mais estão associados à carcinogênese cervical, mas outros agentes como o *Trichomonas vaginalis* também tem mostrado a sua participação neste processo (BOSCH et al., 1997; ALVARENGA et al., 2000; SILVEIRA et al., 2000).

Atualmente, a teoria mais aceita para a explicação do aparecimento do câncer do colo do útero repousa na transmissão sexual. Desde 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a persistência da infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) em altas cargas virais representa o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença. Sabe-se também que a infecção pelo HPV é essencial, mas não suficiente para a evolução do câncer. Além da tipagem e da carga viral do HPV, adquire importância a associação com outros fatores de risco que atuam como co-fatores, tais como a paridade elevada, o início precoce da atividade sexual e o número de parceiros sexuais. Em relação ao herpes vírus, alguns estudos de caso controle com sorologia têm demonstrado a presença do DNA viral em lesões pré-cancerosas ou cancerosas, mas esta presença é considerada como um marcador de atividade sexual e não agente ativo da carcinogênese.

2.4.6 Nível sócio-econômico

Alguns sociólogos têm demonstrado repetidamente uma correlação linear entre a atividade sexual precoce e a posição social desfavorecida com relação à situação socioeconômica.

Em populações de posição social precária, o coito é mais precoce por diversas razões: vida comunitária de homens e mulheres, breve período de dependência familiar, ausência de guia familiar, ausência de perspectivas e consideração da sexualidade como substituto de outras atividades e valores, bem como forma de aceitação, proteção ou fonte de renda. Essas aceitações epidemiológicas destacam o papel dos carcinógenos sexualmente transmitidos na etiologia do câncer de colo de útero (DE PALO et al., 2002).

2.4.7 Anticoncepcional Hormonal

Há alguma evidência de que o uso de anticoncepcional oral pode estar relacionado com maior risco para o desenvolvimento de câncer cervical, mas muitos pesquisadores sugerem que esse risco depende do tempo de uso do anticoncepcional.

Num estudo realizado, em 2003, pela Agencia Internacional de Investigação sobre câncer, os investigadores analisaram dados de 28 estudos em 12.532 mulheres com câncer cervical. Verificou-se um maior risco para usuárias de contraceptivo hormonal oral por tempo prolongado ($RR=2,2$), e o risco diminuía quando suspendiam o uso desse (SMITH et al., 2002).

Entretanto, um estudo publicado em 2002 mostrou que, durante dez anos em um grupo de mulheres com diagnóstico positivo de HPV que usava contraceptivo hormonal oral, não houve aumento quanto ao risco de câncer de colo de útero em relação às que não o usavam, porém essas faziam exames de Papanicolaou regularmente (MORENO et al., 2002).

Os resultados acima referidos apontam a necessidade de mais estudos sobre a relação entre o uso de anticoncepcional oral e o risco de câncer de colo do útero.

A análise da associação, se é que existe, entre o uso de contraceptivos orais e o risco de câncer invasivo do colo do útero é feita com dificuldades. Os contraceptivos orais são usados por mulheres sexualmente ativa e que, em menor probabilidade usam métodos de barreira, sendo por isto mais expostas ao risco de contrair HPV. Em compensação, essas mulheres comparecem mais ao ginecologista, tendo maior possibilidade de serem rastreadas para o câncer do colo do útero (INCA., 2002).

2.4.8 Tabagismo

Num estudo caso-controle, conduzido por Lima et al (2000), foi avaliada os “Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil” com um grupo de 7.482 mulheres, demonstraram que o tabaco tem sido implicado como facilitador da transformação em câncer pela diminuição da imunidade local, mas no estudo não houve diferença estatisticamente significativa.

Ainda outro estudo realizado por Campaner et al, (2006), cujo objetivo foi comparar a quantidade de células de Langerhans intra-epiteliais no colo uterino de cinquenta e quatro mulheres, divididas em dois grupos: não tabagistas e tabagistas afetadas por neoplasia intra-epitelial cervical de grau 3 (NICIII), revelou que não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao número de células de Langerhans nas áreas de NICIII entre o grupo de tabagistas e não tabagistas.

O tabagismo pode estar associada com o HPV mas o mecanismo pelo qual o tabagismo poderia induzir as lesões cervicais precursoras do câncer de colo ainda permanece desconhecido. Diversas hipóteses são delineadas, mas não existe mecanismo isolado que poderia explicar a carcinogênese relacionada ao tabagismo isso teria que ver o comportamento de fumo (KUPER., 2002).

2.4.9 Vírus do Papiloma Humano (HPV)

O papiloma vírus humano (HPV) é um vírus considerado antigo, conhecido e descrito na antiga literatura grega e romana, segundo Bafverstedt, em 1967.

Sabe-se que, em 1933, Shope e Hurst identificaram os primeiros Papilomas Vírus (PV) nas lesões verrugosas dos coelhos, confirmando a suspeita da etiologia infecciosa das lesões verrugosas nas espécies animais.

O HPV ou Papiloma Vírus Humano são membros da família *Papovaviridae* e infectam o epitélio de alguns animais, dentre eles, répteis, pássaros e mamíferos, incluindo o ser humano (de VILLIERS et al., 2004).

Mais de 200 tipos de Papiloma Vírus tem sido descrito e se distinguem entre si na sequência do DNA. Dentre os que acometem o ser humano, cerca de 100 tipos já foram descritos (de VILLIERS et al., 2004) e cerca de 50 tipos que acometem a mucosa do aparelho genital já foram identificados e sequenciados (esse exame analisa as células esfoliadas do colo uterino, identificando as células que estão alteradas, presentes em lesões pré-cancerígenas e na doença propriamente dita, com base na modificação da estrutura arquitetural).

O vírus é relativamente pequeno, não-envelopado, com 55 nm de diâmetro. O genoma deste vírus é uma molécula com DNA duplo com cerca de 8000 bases pareadas com três regiões: uma região distal

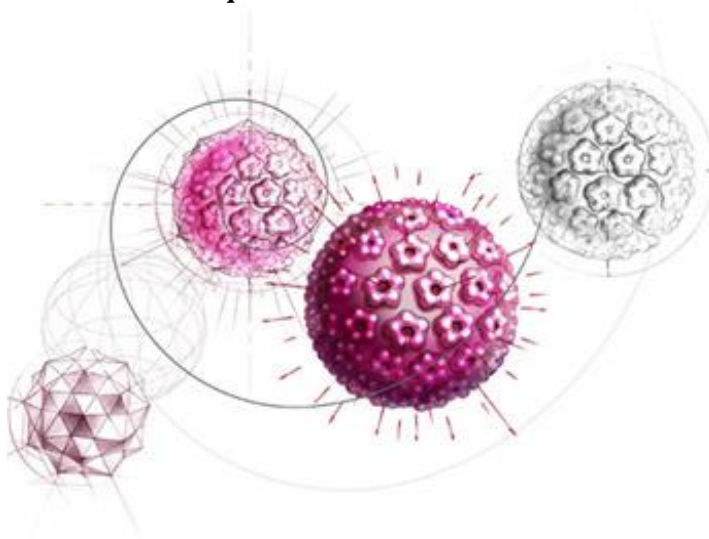
(L), contendo dois genes – L1 e L2 - que codificam as cápsulas das proteínas virais, uma região proximal (E) que codifica as proteínas envolvidas na replicação viral e controle de transcrição denominadas de E1 e E2 dos principais genes que se transformam em E6, E7 e E5. Por último, entre as regiões E e L, encontra-se uma longa região de controle (LCR), vinculada a vários locais que contêm fatores de transcrição nucleares e virais divulgador de seqüências (BURD., 2003; IARC., 1995).

Genomas do HPV são encontrados no núcleo das células infectadas do colo uterino normal, onde partículas virais infectantes podem ser isoladas. Em algumas lesões de baixo grau e, na maioria das lesões de alto grau e do câncer cervical, genomas do HPV são encontrados integrados aos cromossomos (de VILLIERS et al., 2004; BURD., 2003), sendo essa integração o ponto central da transformação celular oncogênica (IARC., 2005).

A integração do DNA do HPV desregula a expressão do E6 e E7, que interagem com genes supressores tumorais p53 e proteínas RB, respectivamente. Esse processo prejudica a função do gene onco-supressor, com reparação do DNA, diminuição apoptose, e eventual morte celular. As mutações cromossômicas causam modificações funcionais como perda de heterozigose e prooncogene e ativação de mecanismos que permitem a indução da carcinogênese cervical (MUNGER., 2002).

O vírus HPV pode infectar as células do epitélio basal da pele ou dos tecidos e são categorizados como cutâneos ou mucosos (MUNGER., 2002). Os cutâneos são epidermotrópicos e infectam principalmente a pele das mãos e dos pés e se manifestam formando as verrugas. O tipo mucoso infecta o revestimento da boca, garganta, trato respiratório ou epitélio ano-genital e manifestam-se através de condilomas planos e acuminados (BURD., 2003). A maior parte das infecções por HPV são benignas e elas desaparecem espontaneamente dentro de 1 a 5 anos (BURD., 2003).

Figura 2 – Desenho Esquemático de HPV



Fonte – Libero online, 2007

2.4.9.1 Aspectos históricos acerca da associação do HPV com o câncer de colo de útero.

Historicamente, a associação do vírus HPV com o câncer de colo de útero começou em 1949, quando o patologista George Papanicolaou introduziu o exame mais difundido no mundo para detectar o câncer de colo uterino (KURMAN et al., 1994): o exame Papanicolaou. Esse exame permitiu identificar mulheres com alterações celulares pré-malignas, possibilitando observar uma associação da atividade sexual com o desenvolvimento do câncer de colo de útero (SCHIFFMAN et al., 1994). No entanto, somente na década de 70, o conhecimento acerca da etiologia da doença teve considerável avanço. Estudos constataram que tal associação implicava na presença de um agente etiológico de transmissão sexual.

Harold zur Hausen, um infectologista alemão, constatou que o Papiloma Vírus Humano (vírus HPV) poderia ser esse agente estabelecendo inicialmente a relação do vírus com as verrugas e

condilomas. Somente anos mais tarde, o vírus foi relacionado com o desenvolvimento do carcinoma de colo de útero (HAUSEN., 1988).

Na década de 90, com o advento da clonagem molecular e a utilização desta tecnologia na replicação do genoma do Papiloma Vírus, outros aspectos da infecção foram elucidadas (SCHIFFMAN et al., 1993; BOSCH et al., 1992).

O avanço da tecnologia molecular possibilitou a identificação do DNA do vírus HPV em amostras de tecidos de carcinomas cervicais (BOSCH., 2002). Estudos multicêntricos confirmaram a presença do DNA do Papiloma Vírus em quase 100% dos epitélios dos carcinomas invasivos (BOSCH., 1995; WALBOOMERS et al., 1999), levando à tese mundialmente aceita de que a infecção pelo vírus HPV é “causa necessária para o desenvolvimento do carcinoma invasivo”.

Casos de carcinomas sem a presença do vírus HPV são raros e supõe-se, nestas situações, que o carcinoma não foi originado pela infecção viral ou possa ter ocorrido falha na detecção do vírus HPV (BOSCH., 2002).

Devido à discrepância entre a alta frequência de infecções HPV em mulheres jovens sexualmente ativas e a ocorrência relativamente baixa de lesões cervicais nas mesmas, colocou-se em dúvida a etiologia viral da doença, e concluiu-se que a infecção era causa necessária, mas “não suficiente para o desenvolvimento da doença”, uma vez que, virtualmente, somente uma fração de mulheres portadoras do vírus a desenvolveria (BOSCH, 2002; WALBOOMERS et al., 1999; BOSCH et al., 2002).

Estudos prévios já sugeriam que um forte fator diferenciava a progressão ou não da doença, sugerindo que isto estaria relacionado aos diversos tipos do vírus HPV (MOSCICKI et al., 1993). Estudos posteriores mostraram que a sua progressão depende não somente da presença do vírus, mas também do tipo de vírus, da persistência da infecção e da evolução das lesões precursoras para o carcinoma invasivo (IARC., 2005).

2.4.9.2 Tipos de Papiloma Vírus Humano

Aproximadamente 118 tipos de Papiloma Vírus foram completamente descritos e cerca de 100 tipos que acometem o ser humano já foram identificados (de VILLIERS et al., 2004).

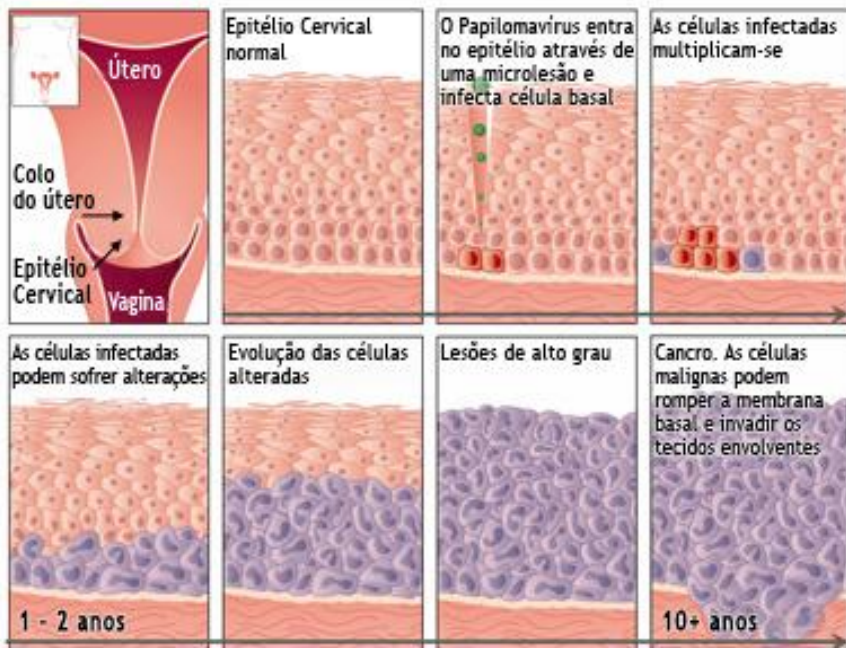
Em 2003, Munoz et al, classificaram o vírus em alto e baixo risco, conforme risco epidemiológico. Os de baixo risco são geralmente encontrados em condilomas vulvo-genitais e os de alto risco são associados ao câncer cervical. Foram classificados 15 tipos de vírus de alto risco, entre eles estão os tipos: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, e 58, sendo que os tipos 26, 53 e 66 poderiam também ser considerados de provável alto risco. Os tipos de baixo risco são: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108 e os tipos 34, 57 e 83 – não foram detectados em nenhuma das amostras e foram, portanto, consideradas de risco indeterminado.

A incidência de infecções por HPV de alto risco é mais elevado que a de baixo risco. O HPV tipo 16 é o mais prevalente nas infecções do trato genital (NONNENMACHERA et al., 2002), chegando até 66% seguido dos tipos 18 (15%), 45 (9%) e 31 (6%) sendo que os 4 tipos juntos, podem corresponder até a 80% dos casos. O tipo 16 também é o tipo mais comum detectado no carcinoma cervical invasor (BRISSON et al., 1996) e o tipo mais prevalente em quase todas as partes do mundo (IARC., 2005). É também o mais persistente, com duração de 12 meses ou mais, enquanto infecções por outros tipos de HPV duram 6-8 meses (GALLOWAY., 2009).

Portanto, mulheres com HPV 16 e 18 têm um risco aumentado de desenvolver câncer cervical quando comparadas com as que têm outros tipos (SCHLECHT et al., 2001).

Estudos recentes têm demonstrado que existem diferenças de risco de desenvolver o câncer cervical de acordo com as variações do vírus HPV tipo 16 (HILDESHEIM et al., 2001).

Figura 3 – Grau de Comprometimento Tecidual da NICs até câncer invasor



Fonte: Galletti., 2009

2.4.9.3 Aspectos epidemiológicos da infecção pelo vírus HPV: incidência, prevalência.

Incidência

Anualmente, cerca de 5-15% das mulheres previamente sem o vírus HPV são infectadas com qualquer tipo de HPV de alto risco (IARC., 2005) e aproximadamente 25% da incidência da infecção se concentra na faixa etária dos 15-19 anos (SELLORS et al., 2003; HO GY., 1998).

Alguns estudos de seguimento (HO GY et al., 1998; OH JK et al., 2008) foram feitos com um grupo de jovens, acompanhando-as antes e após iniciar a vida sexual, para averiguar o início da infecção. Em um dos estudos (HO GY et al., 1998), observaram que: a incidência da

infecção foi de 20% nos primeiros 12 meses, decaindo para 14% e 9%, no segundo e terceiro ano respectivamente, mostrando que a infecção ocorre com maior frequência no início da vida sexual.

A duração média da infecção pelo HPV foi de 8 meses e após 12 meses da incidência da infecção, 70% das mulheres já não estavam infectadas após 24 meses, apenas 9% continuaram infectadas, revelando que a maioria das infecções são transitórias. Os HPVs do tipo AE7, 61, 18, 16 e 73 estavam associados à duração média mais longa da infecção.

No Brasil, estudo de seguimento feito com 3.463 jovens que já iniciaram a vida sexual, utilizando testes de DNA de HPV de alto risco pelo método de Captura Híbrida II, indicou que 17,3% tiveram positividade após iniciar a vida sexual, mostrando um perfil epidemiológico semelhante ao de outros países da América, com uma maior concentração de incidência no início da vida sexual (ROTELLI et al., 2007).

As taxas de incidência apresentam grande variação, conforme divulgado pelo IARC (2005) : na Colômbia, foi registrada incidência de 5.0 por 100 pessoas-ano, nos EUA de 15.8 por 100 pessoas-ano, já no Canadá, foi de 16.8 por 100 pessoas-ano. Outro estudo no Canadá registrou 9.5 por 100 pessoas-ano.

No Brasil, a incidência registrada foi de 8.1/100 pessoas - anos (DÉSY M et al., 1999). Outro estudo com a população brasileira (RAMA CH et al., 2008) registou uma incidência de 14.3% de infecção genital por HPV de alto risco, sendo que destes, 77,8% eram lesões escamosas de alto grau e 100% dos casos de carcinoma. Anualmente, cerca de 5-15% das mulheres previamente sem o vírus HPV são infectadas com qualquer tipo de HPV de alto risco (IARC., 2005).

Em Cabo verde não sabemos dizer se existe estudo relacionado a incidência de câncer de colo de útero porque não foi encontrado nenhuma bibliografia sustentável acerca do assunto.

Prevalência da infecção

O vírus HPV é considerado o agente infeccioso de transmissão sexual mais comum. Estima-se que o número de mulheres portadoras do DNA do vírus HPV em todo o mundo chega a 291 milhões, e cerca de 105 milhões de mulheres no mundo inteiro terá infecção pelo HPV 16 ou 18 pelo menos uma vez na vida (BURCHELL et al., 2006).

Outro estudo mais recente do IARC foi publicado em 2005, envolvendo 11 países dos quatro continentes do mundo, com a

participação de 15.613 mulheres sem citologia alterada. A prevalência da infecção foi de 10.5%. Houve uma variação de até 20 vezes na taxa de prevalência entre os diferentes países investigados, sendo que a mais baixa foi encontrada na Espanha (1.4%) e mais alta na Nigéria (25.6%). Europa foi o continente com menor taxa (5.2%), Ásia teve uma taxa de prevalência de 8.7%, América do Sul com 14.3%, e 25.6% África. No entanto, foi encontrado uma maior prevalência do vírus tipo HPV 16 na Europa, e o HPV 18 teve uma distribuição mais homogênea. O HPV 16 foi o tipo viral mais comum encontrado nas infecções simples quanto nas múltiplas. A presença de vírus de alto risco representou 66,3%, a de baixo risco foi 27.5%, e outros tipos corresponderam 5.5%.

No Brasil, estudos nacionais registaram um perfil de prevalência da infecção por HPV de alto risco semelhante ao dos países subdesenvolvidos: 17,8% a 27% (NONNENMACHERA et al., 2002), com uma prevalência maior nas mulheres na faixa etária abaixo de 35 anos, e a partir dos 35 até 65 anos, as taxas permanecem de 12 a 15%, isso pode ser devido a eficácia do programa de rastreamento.

Esses dados mostram que o vírus HPV encontra-se com maior prevalência nos países dos continentes mais pobres do mundo: África e América do Sul, e as taxas mais baixas encontram-se nos países da Europa e da Ásia Central. Esse quadro reflete também nas taxas de morbidade e mortalidade, uma vez que as medidas de combate à doença dependem também da implantação do programa de prevenção e controle da doença adotada em cada país, como pode se observar experiências bem sucedidas de países de terceiro mundo que conseguiram reduzir os casos da doença com a implantação política do programa de rastreamento e combate à doença (INCA., 2002).

Não tem estudo de concreto em Cabo Verde para falar sobre a prevalência de HPV por enquanto, talvez futuramente.

Manifestações Clínicas

A infecção do trato genital inferior pelo HPV é dividida em:

a) Clínica - a forma evidenciável a olho nu; são condilomas acuminados também chamados de verrugas genitais, popularmente conhecidos como “crista de galo”;

b) Subclínica - tais alterações são identificáveis apenas através de magnificação (com lente de aumento – colposcopia) com aplicação de ácido acético a 2 ou 5%, assim, o diagnóstico é suspeito pela colpocitologia e confirmado pela histologia;

c) Latente - forma identificável pelas sequências de DNA-HPV por técnicas de biologia molecular em indivíduos sem manifestação clínica e exame colposcópico normal. O DNA do vírus reside no núcleo da célula na forma episomal, porém, não produz qualquer alteração tecidual. Não se sabe por quanto tempo a infecção latente pode persistir.

d)

2.5 DIAGNÓSTICO DO CÂNCER CERVICAL

2.5.1 Colpocitologia oncótica (Papanicolaou): limitações e importância

Desde a introdução do exame colpocitológico, em 1943, por George Papanicolaou e Traut, conhecimento sobre as lesões malignas e pré-malignas do colo uterino tem evoluído muito (QUEIRÓZ et al., 2001). O exame de Papanicolaou, colpocitologia oncótica (CO) ou exame preventivo de câncer do colo do útero, consiste na coleta de material esfoliado da ectocérvice (parte externa do colo do útero) com espátula de Ayre e da endocérvice (parte interna do colo ou canal endocervical), por meio de escovinhas especiais de Da Paz.

Essa espátula permite coletar tanto células da superfície ectocervical (células escamosas) como também células glandulares do canal endocervical (material da junção escamo colunar-JEC), (GOMPEL et al., 1997; PIATO, 1997).

Todavia, apesar da larga adesão da colpocitologia oncológica como método de rastreamento, muitos são os fatores que direta ou indiretamente interferem no seu resultado, a saber: modo de utilização da escovinha endocervical, registro de dados clínicos importantes e interpretação laboratorial (AMARAL et al., 2006).

Todas as etapas do exame, desde o acolhimento da usuária até a coleta do material celular, devem ser feitas considerando padrões de qualidade, para garantir a confiabilidade da amostra e assegurar um resultado confiável.

A utilização de diferentes técnicas na preparação das lâminas, bem como distintos instrumentos para a coleta do esfregaço, podem gerar fatores de confusão, levando a vieses que repercutirão em sua sensibilidade e especificidade (HYPPÓLITO et al., 2002).

Em um serviço de citopatologia, a incidência de resultados falso negativos (FN) e falso-positivos (FP) é preocupante, devido a todas as

consequências que acarreta para a mulher e também em virtude dos custos com o tratamento médico. Considera-se o diagnóstico colpocitológico como FN aquele que ocorre em um exame que tem a lesão do colo do útero representada no esfregaço examinado, porém não é identificada e/ou é interpretada equivocadamente como alteração inflamatória, reparativa ou secundária à ação radioterápica.

Ao contrário, o diagnóstico FP ocorre em esfregaços em que as alterações inflamatórias, reparativas ou radioterápicas são supervalorizadas e interpretadas como anormalidades pré-malignas ou malignas (GONÇALVES et al., 1995).

A taxa de diagnósticos FN, segundo dados da literatura (GONÇALVES et al., 1995; GUIMARÃES et al., 1995; MITCHELL et al., 1988; SHIRATA et al., 1998), apresenta variações de até 68%, fazendo com que alguns serviços percam a credibilidade ou mesmo colocando em dúvida a validade do exame de Papanicolaou na detecção precoce de câncer do colo uterino. As causas mais importantes de resultados FN são erros na coleta, na fixação, no armazenamento e transporte, na identificação do material, na coloração dos esfregaços, bem como no exame microscópico e/ou na interpretação diagnóstica das alterações morfológicas observadas. Alguns autores afirmam que há evidências de que a maioria dos erros ocorre na fase pré-analítica (LORETO et al., 1997).

Pinho e Mattos (2002) avaliaram a acurácia diagnóstica da CO na detecção de lesões cervicais pela comparação citohistopatológica de 373 pacientes atendidas no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-SP, concluíram que o teste de escolha para programas de rastreamento de câncer cervical na população feminina é um exame altamente sensível. Mas, para garantir a acurácia diagnóstica do teste de Papanicolaou são essenciais atividades de controle de qualidade nos laboratórios, tanto do procedimento colpocitológico quanto histopatológico, pois permitem o êxito na detecção precoce e tratamento das lesões cervicais.

2.5.2 Colposcopia

Foi introduzida, por Hans Hinselmann em 1925 e difundida, principalmente no nosso meio a partir da década de 1960. Colposcopia é uma palavra de origem grega que significa literalmente “inspeção da vagina”. A colposcopia constitui-se em um método de análise por

ampliação de imagem por cerca de cinco vezes, com exame do material *in vivo*, utilizando-se vários tipos de filtros de luz, corantes e reagentes que realçam os aspectos das lesões por HPV.

As lesões são melhores observadas quando se utiliza o colposcopia, tanto sobre a região genital interna e externa das mulheres quanto na região genital do homem. Para ressaltar nas lesões podem-se utilizar produtos como ácido acético 5%, corante de Schiller (à base de iodo iodetado ou lugol), adrenalina, bem como utilizar filtros de cores verdes, vermelhos e outros recursos nas áreas suspeitas. Observam-se áreas não coradas, acetobranças, aspecto de mosaico, vasos atípicos e outras alterações.

Segundo Massad (2003) e colaboradores, o estabelecimento da correlação de diagnósticos colposcopicos com histologia (a taxa de correlação) foi de 0,20, o valor preditivo positivo para qualquer impressão de anormalidade (comparado á anormalidade histológica) foi de 80% e o valor preditivo negativo para impressão de colposcopia benigna foi de 68%. A sensibilidade da colposcopia para detectar qualquer lesão foi de 89% e a especificidade de 52%.

Realçando ainda que a colposcopia é um excelente teste secundário para patologias cervicais em mulheres com anormalidades citológicas, mas não como um instrumento para *screening* primário. Ela tem função de estabelecer a topografia e determinar o local mais suspeito para a biopsia colposcopicamente dirigida, inclusive nos tratamentos destrutivos, melhorando desse modo a acuracia do exame histológico e também o planejamento efetivo do tratamento (KYRGIU et al., 2006).

2.5.3 Anatomo-patológico

O exame histopatológico ou anatomo-patológico baseia-se no critério morfológico arquitetural e celular do tecido a ser examinado, obtido por fragmentos via biopsias ou mesmo, por toda a área ou órgão retirado em procedimentos de natureza cirúrgica.

È considerado o padrão ouro de diagnostico morfológico pela literatura médica (STIVAL et al., 2005).

O colo de útero consiste em uma combinação de tecidos fibroso, muscular e elástico, com predomínio do primeiro. O músculo representa aproximadamente 15% do tecido e se localiza sobre toda a endocérnix, quase desprovida de fibras musculares lisas. A superfície é

lisa e de coloração rosada quando recoberta por epitélio escamoso, que se constitui em um filtro translúcido. O orifício externo tende a estar cheio de muco de consistência variável, dependendo da fase do ciclo menstrual (De PALO et al., 2002).

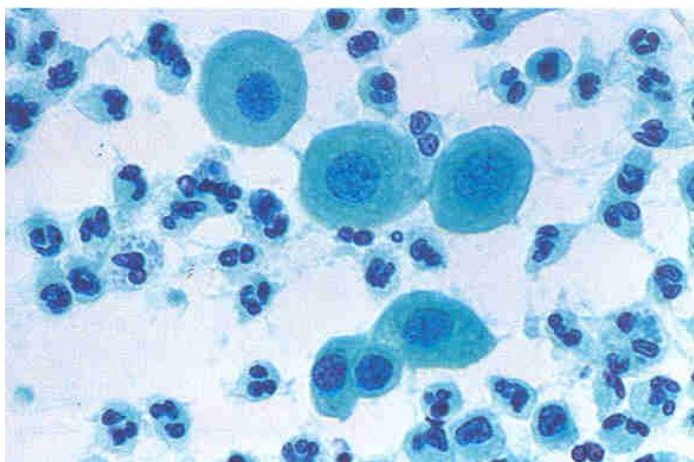
A ectocérvix é recoberta por epitélio estratificado não queratinizado (epidermoide ou malpighiano). O revestimento externo da ectocérvix forma-se a partir do epitélio vaginal, ou seja, quando se forma o lúmen vaginal, porções deste epitélio envolvem a porção vaginal, formando o fórnice vaginal, sendo este epitélio no início do tipo colunar. Com o desenvolvimento este epitélio colunar torna-se escamoso. A junção do epitélio colunar com o escamoso é denominada de JEC (*junção escamo-colunar*) e é dependente do estado hormonal, com 0,5 mm de espessura.

Este epitélio é formado por quatro zonas ou camadas diferentes, que sofrem uma maturação da profundidade até a superfície, caracterizando-se por um aumento do citoplasma e pela diminuição dos nucléolos. Segundo GOMPEL, (1997) existem três camadas:

I. As células basais originam-se da camada basal do epitélio escamoso estratificado e constituem as células germinativas, responsáveis pela divisão celular e manutenção do mecanismo dinâmico de substituição das células superficiais que descamam. São infrequentes em esfregaços rotineiros. Aparecem mais comumente em esfregaços de mulheres com hiperplasia da camada basal. A célula basal é morfolologicamente pequena, arredondada, com citoplasma compacto, basofílico e núcleo relativamente volumoso.

II. As células parabasais (figura 4) originam-se da camada profunda do epitélio escamoso estratificado. São semelhantes às células basais, porém apresentam núcleos menores e citoplasmas relativamente maiores.

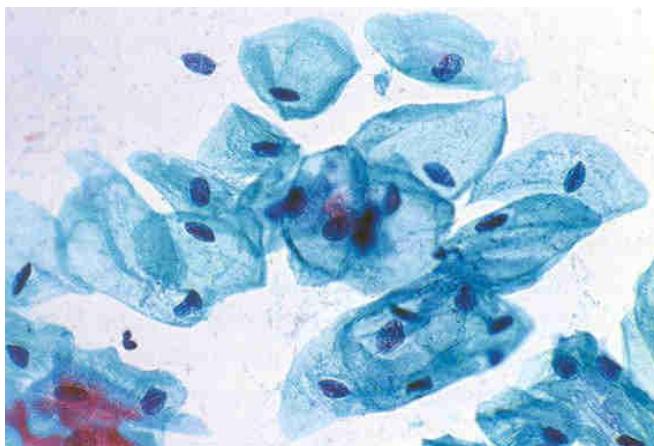
Figura 4– Células parabasais



Fonte; GOMPEL, 1997: 41

- III. As células intermediárias originam-se da camada intermediária do epitélio escamoso estratificado e predominam em esfregaços de mulheres na fase progestínica (figura 5). O citoplasma é denso e mais volumoso que o da célula basal.

Figura 5 – Células intermediárias



Fonte: GOMPEL, 1997: 40

2.5.4. Inspeção Visual do Colo Uterino

Na tentativa de superar as falhas e obstáculos inerentes ao programa de rastreamento citológico, pesquisadores em todo o mundo têm dado especial atenção ao desenvolvimento de métodos de rastreio alternativos, em especial para os locais onde a população apresenta maiores restrições econômicas e menor escolaridade (BELINSON et al., 2001; DENNY et al., 2000).

Quatro maneiras de inspeção visual para detecção precoce das neoplasias cervicais têm sido consideradas:

- Visualização do colo do útero sem aplicação de ácido acético ou inspeção visual (IVON);
- Inspeção visual da cervix após aplicação de ácido acético (IVA);
- Inspeção visual após aplicação de ácido acético usando aparelhos de magnificação (IVAM);
- Inspeção visual após a aplicação de lugol ou teste de Schiller.

2.5.4.1. Inspeção visual do colo de útero após aplicação de ácido acético (IVA)

O teste IVA consiste na aplicação com um chumaço de algodão embebido em solução de ácido acético de 3% a 5%, em movimentos circulares em todo colo e vagina. O ácido acético tem ação mucolítica e atua causando desidratação celular e coagulação das proteínas intranucleares, diminuindo a transparência do epitélio, sendo a intensidade do acetobranqueamento diretamente proporcional à gravidade da lesão (FRANCO et al., 2003).

Após um minuto e com o auxílio de foco clínico comum direcionado para a abertura do espéculo, todo o colo era inspecionado em busca de lesões acetorreativas (SANKARANARAYANAN, 2003).

O teste IVA foi categorizado como positivo quando aparece qualquer lesão acetobranca, opaca ou brilhante, plana ou sobrelevada, de aspecto verrucoso ou não, no colo do útero. Foi considerado negativo se o colo permanecesse com sua coloração normal (rósea, lisa e uniforme)

após aplicação da solução (DE PALO et al., 2002; SANKARANARAYANAN, 2003).

O teste de inspeção visual do colo uterino após aplicação de ácido acético (IVA) parece ser um dos mais promissores, pois pode ser realizado pelo pessoal de saúde não necessariamente o médico, com redução dos custos com mão-de-obra especializada e ampliação da cobertura da população de alto risco pelo programa (CRONJÉ et al., 2003; WRIGHT et al., 2003).

Megevand et al (1996), e Denny et al (2000) avaliaram o emprego da IVA em mulheres de alto risco para o câncer cervical em local onde não havia nenhum outro programa de rastreamento disponível e concluíram que o teste foi capaz de diagnosticar mais de 65% das lesões intra-epiteliais escamosas (LIE) de alto grau e carcinoma invasor. Em locais onde o rastreamento citológico já está implantado, a IVA poderia funcionar como método auxiliar à colpocitologia oncótica, aumentando a sua sensibilidade e melhorando a detecção destas lesões em um terço, sem custos adicionais (PARASHARI et al., 2000; SANKARANARAYANAN et al., 2003).

2.5.4.2. Visualização do colo uterino sem aplicação de ácido acético (IVON)

Vastamente conhecida como inspeção a “olho nu” (IVON): esse método de inspeção, que utiliza apenas a visualização do colo uterino através do espéculo vaginal por profissionais de saúde, tem sido muito utilizado e estudado na Índia. Os estudos indicaram que a IVON apresenta uma baixa sensibilidade e especificidade para detectar as neoplasias cervicais, particularmente as lesões precursoras do câncer cervical (SANKARANARAYANAN, 2002).

2.5.4.3. Inspeção visual após a aplicação de lugol (IVL ou teste de Schiller)

O teste foi descrito em 1928 por Schiller, consiste na embrocação do colo e da vagina com solução de Lugol e Gram na

seguinte proporção: iodo metalóide 2g, iodeto de potássio 4g e água destilada 100ml (RAMOS., 1998; SANKARANARAYANAN., 2002).

O teste de Schiller está baseado na captação do iodo pelo tecido escamoso normal, que é rico em glicogênio e que tem afinidade por este corante.

É importante lembrar que a intensidade da coloração adquirida pela cervix em um teste de Schiller normal pode ser variável em função da quantidade de glicogênio existente no epitélio. Nas mulheres que enfrentam a menopausa, o déficit de estrógeno determina um menor nível de glicogênio, levando a uma captação mais tênue do lugol. Nessas situações, é utilizado o termo iodo claro, devendo ser interpretado pelo ginecologista como um teste negativo. Fenômeno semelhante pode ocorrer nos processos inflamatórios do colo uterino (IARC, 2005). As áreas iodo-negativas se relacionam histologicamente com displasias e carcinomas. Colposcopicamente se relacionam com zona de transformação atípica, mosaicos e leucoplasias (IARC, 2005).

É de frisar que esse teste não deve ser visto como método de substituição ao Papanicolaou e que não fornece diagnóstico de câncer e de displasia, apenas indica que áreas iodo-negativas devem ser observadas pela colposcopia, por serem suspeitas de anormalidades. Vários fatores interferem induzindo a falso-positivos: zonas de epiteliação, imatura, infecções por HPV, pseudo-erosão, erosão; e falso-negativos: solução de baixa concentração de iodo e iodeto de potássio, hipoestrogenismo, prolapsos uterinos, ulcerações, necrose, presença de sangue e colpites intensas.

2.5.5. Citologia cervical em meio líquido

A citologia em meio líquido surgiu para atender às demandas de escrutínio computadorizado feito pelos aparelhos automatizados para citologia cérvico-vaginal (TAKAHASHI e NAITO, 1997). Existem várias metodologias de preparo de citologia em meio líquido, como: DNA-*Citoliq* (Digene-Brasil), *Thin Prep* (Cytoc Corp, USA), *Autocyte* (Tripath USA).

A *United States Food and Drug Administration* (FDA) aprovou a metodologia de base líquida *Thin Prep* em 1998 como uma alternativa ao exame de Papanicolaou convencional, para a triagem do câncer cervical (FERENCZY e FRANCO., 2001).

Ela tem sido considerada importante alternativa para o ganho de sensibilidade do exame de Papanicolaou e vem sendo desenvolvida com uma alternativa à citologia convencional (DAVEY et al., 2006).

Apesar do custo elevado deste tipo de citologia, ela apresenta vantagens tais como maior representatividade de células coletadas, redução das citologias insatisfatórias, possibilidade de utilizar o material remanescente para realizar testes de biologia molecular, sensibilidade maior para a detecção de lesões de alto grau, fundo da lâmina mais limpo, redução de falsos negativos em até 20% e sensibilidade de até 86,7% em lesões intra-epiteliais de baixo grau (IPOG., 2006).

Numa revisão de literatura feita por Anschau, Gonçalves, Manoel e Fernando (2006) objetivou comparar o desempenho da citologia em meio líquido com a citologia convencional na detecção de patologias cervicais, e, concluíram que, em geral o diagnóstico final dos dois métodos concorda na maioria dos casos, onde valores de sensibilidade e especificidade tendem a ser semelhantes.

O tempo médio de coleta é menor por amostra na citologia líquida e, quando os exames são realizados por médicos experientes, tem-se um menor número de lâminas insatisfatórias em ambas as técnicas. A concordância interobservador foi boa para citologia convencional e moderada ou boa para a citologia em meio líquido. Portanto a citologia em meio líquido, que é mais cara, não deve substituir a citologia convencional no rastreamento do câncer cervical.

2.5.6. Testes Biomoleculares

Os testes biomoleculares trouxeram grande avanço para a medicina diagnóstica. São metodologias que se baseiam, de maneira geral, na amplificação e na detecção do DNA do HPV.

Os procedimentos biológicos moleculares disponíveis estão descritos a seguir:

2.5.7. Captura Híbrida

A captura híbrida II (CH II) é um ensaio simples, rápido, seguro e reprodutível que utiliza células esfoliadas obtidas tanto do trato genital feminino como do masculino. Pode ainda ser realizado em material de

biópsia. Utiliza-se sondas de RNA altamente específicas para detectar 18 tipos de HPV que mais comumente infectam o trato anogenital. O teste diferencia dois grupos: o grupo A, que possui sondas para HPV de baixo risco (6, 11, 42, 43, 44) e o grupo B, que possui sondas para HPV de risco intermediário/alto risco (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68). Este método é baseado no uso de microplaca e solução hibridizadora que contém anticorpos monoclonais para captura com amplificação de sinal, sendo que a presença do vírus (6,11,16-18) é detectada pela quimioluminescência (NONNENMACHERA et al., 2002).

Conclui-se portanto, que os subtipos supracitados estão correlacionados com o seu tropismo tecidual e com o seu potencial oncogênico. Existem, atualmente, dois métodos de captura Híbrida: o “I” que detecta HPV de baixo risco e o “II”, que detecta apenas o HPV de alto risco (DA SILVA., 2006).

O teste Captura Híbrida I, hoje, é reconhecido como impróprio na prevenção de neoplasias e foi aprovada recentemente pelo FDA dos Estados Unidos da América a utilização da Captura Híbrida II em conjunto com a colpocitologia oncótica, na prevenção do câncer cervical (DA SILVA., 2006).

Embora alguns autores tenham proposto o teste de DNA para HPV como complemento para triagem citológica, o grande fator limitante das metodologias moleculares é o custo elevado, tornando-as inviáveis para o exame de grandes populações, para programas governamentais de saúde ou como procedimento rotineiro em serviços de saúde privados (DA SILVA., 2006).

2.5.7.1. Reação em Cadeia de Polimerase (PCR)

Em 1985, Kary Mullis desenvolveu a estratégia para se amplificar um alvo genômico mediante a replicação do DNA *in vitro*. Esta técnica, denominada PCR, é executada inteiramente *in vitro* sem o uso de células, possibilitando a síntese de fragmentos de DNA, usando a enzima Taq DNA polimerase (NOVAIS., 2004).

O ensaio da PCR é uma técnica utilizada em testes clínicos para detecção de alterações genéticas ou infecções por diferentes agentes etiológicos (KOMPALIC-CRISTO., 2005), podendo ser considerada a mais sensível na identificação do DNA do HPV nos mais diferentes materiais clínicos. A detecção por PCR pode ser qualitativa indicando a

presença do microorganismo em questão ou quantitativa, na qual pode avaliar a quantidade de material genético em uma amostra biológica. Os métodos de diagnóstico para a infecção por HPV baseados em PCR têm a maior sensibilidade de detecção dos genomas virais, quando comparados com outras metodologias (KANESHIMA., 2001).

Por intermédio da PCR é possível detectar e identificar o material genômico dos HPVs, o que permite saber se o vírus é de alto ou baixo risco oncogênico, ainda através desse é possível identificar mais de quarenta tipos distintos do vírus HPV numa mesma amostra (DA SILVA., 2006).

Assim, o diagnóstico por PCR representa um complemento importante aos diagnósticos cito-histopatológicos e colposcópicos.

2.5.7.2. Teste de hibridação *in situ* (ISH)

É uma técnica utilizada visando especialmente a identificação de núcleos celulares infectados pelo HPV em um corte histológico fixado em parafina.

A hibridização *in situ* detecta a forma episomal o vírus e a forma integrada ao DNA hospedeiro, além de possuir sondas específicas para HPV de alto e baixo risco (AUTILLO-TOUATI et al., 1998).

Poderia ser essa a técnica ideal para o diagnóstico de HPV, mas, seu elevado custo faz com que seja desaconselhável como rotina (DE PALO et al., 2002).

2.6 VACINA

Estudos clínicos recentes avaliaram o efeito de vacinas profiláticas na prevenção de câncer associado ao trato genital feminino, incluindo o câncer cervical (LINHARES et al., 2006). Os testes para o desenvolvimento de vacinas contra o HPV-16 estão em andamento desde 1997, e os resultados de fase I para vacinas contra HPV tipo 11 e tipo 16 indicam que a administração é segura e estimula a produção de anticorpos neutralizantes em níveis que excedem àqueles observados em indivíduos naturalmente infectados por HPV, indicando que a vacina é imunogênica (LINHARES et al., 2006; HUH et al., 2008).

Até o presente, duas vacinas terapêuticas compostas de partículas virais que não contêm DNA viral e, portanto não apresentam capacidade de infecção, foram desenvolvidas para prevenir o câncer cervical. A vacina *Gardasil* (Merck & Co.) é quadrivalente, protegendo contra infecção pelos tipos 6, 11, 16e 18 de HPV. Os resultados dos

testes mostraram uma eficácia de 89% contra infecções persistentes por HPV e de 100% contra lesões no colo do útero e verrugas genitais (AULT KA, 2006). Já a vacina *Cervarix* (GlaxoSmithKline Biological) é bivalente, e protege contra infecções pelos HPVs tipos 16 e 18. Foi relatada a eficácia de 100% contra infecções persistentes por HPV e de 95% contra lesões de colo uterino (HUH et al., 2008; HARPER, 2004).

Felizmente, não tem sido relatada toxicidade relacionada a tais vacinas, embora a durabilidade da imunidade induzida pelas mesmas seja desconhecida (MONK et al., 2008).

Desde a liberação da comercialização da vacina Gardasil, em 2006, houve grande aceitação desta vacina em todo o mundo, sendo atualmente indicada para mulheres adolescentes com idade entre 9 e 26 anos em 90 países, incluindo o Brasil. A comercialização da vacina *Cervarix* encontra-se atualmente aprovada em vários países, como o Brasil, Austrália e alguns países da Europa (MONK et al., 2008).

É importante destacar que as respostas imunes obtidas com a administração de vacinas são, em sua essência espécie-específicas, isto é, devem proteger contra os tipos de HPV contidos nas vacinas em teste (STANLEY., 2002). Uma estratégia a ser considerada é a combinação de vários tipos de partículas virais para a prevenção de infecções por múltiplos agentes oncogênicos. A empresa Merk realizou testes clínicos com uma vacina octavalente, incluindo os tipos benignos de HPV 6 e 11, e mais seis tipos oncogênicos (16, 18, 31, 45, 52 e 58) (FERENCZY et al. 2007). No entanto, os resultados ainda não foram divulgados na íntegra. Por outro lado, estudos pré-clínicos demonstraram que alguns tipos de vacinas podem ser utilizados para gerar amplo espectro de anticorpos neutralizantes, e poderiam reduzir o número de tipos virais requeridos para a proteção (SLUPETZKY ET AL., 2007 XU YU et al. 2007); este tipo de vacina está atualmente em desenvolvimento para testes clínicos no Reino Unido (LINHARES et al., 2006).

Vacinas profiláticas, que estimulam a produção de anticorpos, não são capazes de eliminar infecções pré-existentes (HILDESHEIM et al., 2007), entretanto a vacinação terapêutica poderia ter um impacto imediato na redução da incidência de câncer cervical.

O desenvolvimento e utilização de vacinas terapêuticas pode prevenir a progressão de câncer cervical invasivo e evitar infecções e neoplasias intra epiteliais relacionadas ao HPV (LINHARES et al., 2006). Entretanto a expectativa para as próximas décadas é que a prevenção do câncer do colo do útero continue sendo baseada no rastreamento periódico da população através do teste de Papanicolaou,

isoladamente ou em conjunto com testes de detecção molecular de HPV, o agente etiológico desses tumores (LINHARES et al., 2006).

O custo da vacina é tão elevada que para certos países em desenvolvimento como Cabo Verde no caso não tem vacinas ainda disponível no mercado. Para conseguir a vacina de HPV tem que importar de Portugal com um custo de quatrocentos euros, é muito cara sabendo que nem o salário mínimo chega a esse valor e isto repercute na prevenção do câncer de colo de útero, sendo que a vacina é um dos meios profiláticos contra o HPV.

2.7 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

A forma básica de prevenção e detecção do câncer do colo de útero se dá por intermédio de:

a) Prevenção primária do câncer do colo do útero pode ser realizada através do uso de preservativos durante a relação sexual. A prática do sexo seguro é uma das formas de evitar o contágio pelo HPV, vírus que tem um papel importante no desenvolvimento de lesões precursoras e do câncer cervical (INCA., 2002).

b) Prevenção secundária através do exame mais conhecido popularmente como exame de Papanicolaou.

É um dos métodos mais utilizados e realizados em Cabo Verde no Hospital Público da cidade da Praia, nas clínicas privadas que tenham profissionais da saúde capacitados para realizá-los (MINISTÉRIO DE SAÚDE., 2000). Mesmo sendo um procedimento de baixo custo, o exame de Papanicolaou não está incorporado a todos os serviços de saúde, tendo utilização reduzida e não disponível a toda população feminina (FERNANDES et al., 2002; LOPES., 1998).

É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco. Varias instituições tem realizado diversas campanhas educativas, voltadas para a população e para os profissionais da saúde, para incentivar o exame preventivo (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2002).

2.8 ESTADIAMENTO

O estadiamento é feito pelo exame clínico complementado por exames subsidiários para os casos que aparentemente estão no estágio IIA em diante. Os exames indicados pelo FIGO são a cistoscopia, retossigmoidoscopia, ambos seguidos de biópsia de lesões vesicais e retais consideradas suspeitas (SCHEIDLER et al 1997; BENEDET et al 2000).

A urografia excretora tem a finalidade de diagnosticar exclusão renal (estadio IIIB) e como exame pré-operatório. Outros exames, como a radiografia de tórax, a ressonância nuclear magnética e a tomografia computadorizada são solicitados se houver indicação clínica, mas não devem ser empregados para alteração no estadiamento estabelecido clinicamente (BENEDET et al., 2000).

O exame clínico ginecológico deve ser completo com ênfase ao exame do colo uterino (dimensão, ulceração, sangramento), dos fôrnices e paredes vaginais e dos paramétrios pelo toque retal (dor, espessamento, nodulação), segundo National Institute Of Cancer.

O estadiamento cirúrgico pré-tratamento é o método mais preciso para avaliação da extensão da doença. No entanto, não há evidências que esta modalidade de estadiamento leve à melhora da sobrevida, e por isso deve ser reservado apenas para os casos incluídos em ensaios clínicos (SCHEIDLER et al., 1997).

A linfangiografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética têm acurácia semelhante para a detecção de metástases de câncer de colo para gânglios pélvicos e para-aórticos. Tendo em vista que a TC e a RM são menos invasivos, devem ser os preferidos na avaliação das pacientes (SCHEIDLER et al., 1997).

O estadiamento do câncer do colo do útero pode ser a partir dos critérios propostos pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) em 1988, sendo este correlacionado com tamanho do tumor, comprometimento linfonodal e metástases à distância (TNM). Podendo ser resumindo em:

Tabela 1: Estadiamento de Cancer de Colo de Útero proposto pelo FIGO

Estágio I		Tumor Limitado ao colo
	Ia	Componente invasivo identificado apenas microscopicamente
	Ia1	Invasão estromal < 3mm em profundidade e < 5mm em largura
	Ia2	Invasão estromal > 3mm e < 5mm em profundidade e < 7mm em largura
	Ib	Lesão clinicamente confinada ao colo
	Ib1	Tumor menor de 4 cm
	Ib2	Tumor maior de 4 cm
Estágio II		Tumor invade a vagina e/ ou os paramétrios
	IIa	Lesão estende-se á vagina sem atingir o 1/3 inferior
	IIb	Lesão infiltra os paramétricos sem atingir a parede pélvica
Estágio III		Tumor invade a vagina e/ ou os paramétricos distais
	IIIa	Lesão infiltra o 1/3 inferior da vagina
	IIIb	Lesão infiltra os paramétrios até a parede pélvica ou produz alteração á Urografia excretora
Estágio IV		Tumor infiltra estruturas extra-uterinas
	IVa	Lesão infiltra a bexiga e/ ou o reto
	IVb	Comprometimento de estruturas extra- pélvicas

Fonte: Manual de Estadiamento de Câncer, 2002

2.9 SINTOMAS

Existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do câncer do colo do útero, em que a detecção de possíveis lesões precursoras é através da realização periódica do exame preventivo. Conforme a doença progride, os principais sintomas do câncer do colo do útero vão aparecendo até os quadros de sangramento vaginal após a relação sexual, sangramento vaginal intermitente (sangra de vez em quando), secreção vaginal de odor fétido e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados do câncer cervical (WILEY., 2002).

2.10 TRATAMENTO PARA CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

O tratamento das lesões precursoras do câncer de colo do útero é individualizado para cada caso. Varia desde o simples acompanhamento cuidadoso, a diversas técnicas, incluindo a crioterapia e a biópsia com laser, a histerectomia e, também, a radioterapia de acordo com American Cancer Society (2007).

O tratamento depende do diagnóstico exato e do tamanho tumoral, o estadiamento e outras características: a idade da mulher e seu estado de saúde (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2007).

Dependendo do resultado do exame citopatológico, diversas condutas são possíveis, desde a simples repetição citopatológica em seis meses (as lesões de baixo grau NIC I) até um tratamento cirúrgico, passando pela possibilidade de resolução por meio de um tratamento clínico (JONES et al., 1996).

O tratamento clínico pode ser realizado através da destruição da lesão por meio físico ou químico. É claro que esses tratamentos apresentam limitações tais como o de não fornecer material para estudo histopatológico, impedindo o diagnóstico definitivo. Só devem ser indicados nos casos em que houver a concordância entre a citopatologia, biópsia incisional e colposcopia e se não houver a possibilidade do tratamento por cirurgia de alta frequência. A escolha de qual o tipo de método a ser realizado também irá depender da localização das lesões, seu crescimento e gravidade, penetração no canal cervical, gravidez e condições clínicas da paciente (IJAIYA., 2004).

O tratamento cirúrgico o seu objetivo é promover o controle local, a mutilação mínima e a obtenção de informações a respeito da biologia do tumor e de seu prognóstico, modulando assim o tratamento adjuvante. Atualmente, a cirurgia de alta frequência (CAF) é considerada um bom método para o tratamento das lesões precursoras do câncer cervical (HOSKINSJ., 1996).

Os aparelhos de CAF geram um tipo de onda que produz simultaneamente corte e hemostasia e substituem o tratamento por meio da cauterização ou de substâncias corrosivas, com a vantagem de obter fragmento para estudo histopatológico (MERCK., 2000).

Além destes tratamentos existem outros citados pelo Instituto Nacional de Câncer (2000), tais como:

a) **Cone a frio** - Método clássico indicado tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica de lesões precursoras de alto grau do câncer de colo uterino (NIC II e III). A grande desvantagem deste método reside no fato da paciente necessitar ser internada para a realização do procedimento. A complicação mais frequente é o sangramento e a estenose cervical.

b) **Histerectomia abdominal ou vaginal** - É o tratamento de escolha para as pacientes com prole definida e com carcinoma do colo do útero no estágio IA1 (microinvasor). É necessária a realização de um cone a frio ou por alça para a confirmação do diagnóstico de microinvasão, antes da indicação da histerectomia.

c) **Radioterapia** - um recurso terapêutico largamente utilizado no câncer do colo do útero e que se beneficia da capacidade de penetração da radiação criada pelo bombardeamento de elétrons acelerados ou raios gama, emitidos pelo radium ou outro material radioativo em um alvo, reduzindo por vezes ou eliminando o tumor.

d) **Quimioterapia**- não é o tratamento de escolha para o carcinoma escamoso, mas vários protocolos atuais têm recomendado o uso concomitante com a radioterapia, aumentando a resposta individual à terapêutica. Quando usada como recurso que antecede a radioterapia, pode induzir seleção de células resistentes à radioterapia, piorando os resultados finais. Quando utilizada antes da cirurgia, pode melhorar o resultado final por redução volumétrica da massa a ser operada. Pode ser utilizada como recurso nos casos de doença recorrente após a cirurgia ou radioterapia, mas os resultados são precários.

2.11 RASTREAMENTO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

A realização da citologia cervical tem sido reconhecida mundialmente como estratégia segura e eficiente para o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de colo do útero e tem modificado efectivamente as taxas de incidência e mortalidade.

A efetividade do diagnóstico precoce do câncer do colo do útero por meio de citologia associada ao tratamento nos seus estádios iniciais, tem resultado numa redução das taxas de incidência de câncer de colo do útero invasivo que pode chegar a 90% quando o rastreio apresenta uma boa cobertura segundo a Organização Mundial da Saúde (1997).

A OMS (1997) refere que os estudos quantitativos têm demonstrado que, nas mulheres entre 35 e 64 anos, depois de um exame citopatológico do colo do útero negativo, um exame subsequente pode ser realizado a cada três anos, com a mesma eficácia da realização anual. Conforme apresentado na tabela abaixo, a expectativa de redução percentual no risco cumulativo de desenvolver câncer, após um resultado negativo, é praticamente a mesma, quando o exame é realizado anualmente (redução de 93% do risco) ou quando é realizado a cada 3 anos (redução de 91% do risco).

Tabela 2- Efeito protector do rastreio para câncer do colo do útero de acordo com o intervalo entre os exames em mulheres de 35 a 64 anos

<i>Intervalo entre exames</i>	Redução na incidência cumulativa
1 ano	93%
2 anos	93%
3 anos	91%
5 anos	84%
10 anos	64%

Fonte: Ministério da Saúde (CV), 2008.

O rastreamento de câncer de colo do útero em Cabo Verde vem sendo feito com exames de citologia em Laboratórios público da cidade da Praia, clínicas privadas, S. Vicente no HBS, Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista e da Várzea. As colheitas são feitas, habitualmente, nos laboratórios ou nos consultórios de ginecologia. Algumas colheitas são feitas nos centros de saúde por ginecologistas dos

hospitais regionais ou quando há deslocação do ginecologista para os centros de saúde (RELATORIO HBS, 2008).

A demanda é feita conforme indicação dos ginecologistas nos casos suspeitos ou nas pacientes que solicitam o exame (RELATORIO, 2008).

Tabela 3- Citologias executadas nos serviços 2001 a 2006

Anos	CSR (Bela Vista)	HBS	HAN (projeção)	Total	%previsto
2000	647	971	971	2 588	10%
2001	1001	1 502	1 502	4 004	15%
2002	1189	1 784	1 784	4 756	18%
2003	1280	1 920	1 920	5 120	19%
2004	1346	2 308	2 308	5 962	22%
2005	1516	2 164	2 164	5 844	22%
2006	1759	2 266	2 266	6 291	23%
2007	1599	2780	2 780	7 159	26%

Fonte: Ministério da Saúde (CV), 2008.

Numa população de mulheres com a faixa etária compreendida entre 25 e 65 anos que nunca beneficiaram de um rastreio as percentagens dos resultados citopatológicos anormais serão aproximadamente:

- 3 a 10% de LIEBG
- 1 a 5% de LIEAG
- 0,2 a 0,5% de cancro invasivo

Dos dados colhidos na CSR Bela Vista verificamos que as percentagens se aproximam dos achados em estudos internacionais:

Tabela 4 - Citologias realizadas na CSR Bela Vista 2000 – 2007

Ano	Nº pedidos	NIC I		NIC II		NIC III		HPV		Normal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2000	647	49	7,6%	5	0,8%	2	0,3%	15	2,3%	576	89,0%
2001	1001	80	8,0%	11	1,1%	5	0,5%	23	2,3%	882	88,1%
2002	1189	64	5,4%	15	1,3%	7	0,6%	19	1,6%	1084	91,2%
2003	1280	88	6,9%	19	1,5%	10	0,8%	35	2,7%	1128	88,1%
2004	1346	108	8,0%	19	1,4%	5	0,4%	69	5,1%	1145	85,1%
2005	1516	82	5,4%	22	1,5%	13	0,9%	137	9,0%	1262	83,2%
2006	1759	158	9,0%	40	2,3%	13	0,7%	238	13,5%	1310	74,5%
2007	1599	136	8,5%	30	1,9%	10	0,6%	177	11,1%	1246	77,9%

Fonte: Relatório estatístico da citologia da CSR – Bela Vista e do

Serviço de Anatomia Patológica HBS, 2008.

Tabela 5 - Cirurgias executadas por neoplasia cervical 2002 – 2006

Cirurgia Executada	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Amputação do colo		1				1
Conização	1	3	2	2	1	9
Histerectomia	15	38	26	11	10	100
Histerectomia ampla			1			1
Histerectomia c/ esv.			1			1
Ganglionar						
Total	16	42	30	13	11	112

Fonte: livros de registro dos serviços do Hospital Baptista de Sousa dos casos de câncer de colo do útero, 2008.

2.12 PERFIL DA MULHER CABO-VERDIANA

Izidine Cadir (2004), a comemoração do dia Internacional da Mulher é, por si só sintomático de que em pleno século XXI, a mulher ainda se confronta com múltiplas formas de discriminação e, devido a uma multiplicidade de factores sociológicos, psicológicos e outros. Tudo aconteceu em 1857. Operárias têxteis de uma fábrica de Nova Iorque entraram em greve, ocupando a fábrica. Reivindicavam a redução do horário de trabalho de 16 horas por dia para 10 horas. Fechadas na fábrica, deflagrou-se um incêndio e 130 mulheres morreram queimadas. Cerca de 50 anos depois (1910), numa conferência internacional de mulheres na Dinamarca, foi instituído o dia 8 de Março como o "Dia Internacional da Mulher", em homenagem àquelas mulheres. O movimento a favor da emancipação da mulher tem tomado forma.

No continente africano, o panorama da mulher continua trágico, apesar de pouco a pouco as mulheres começarem a aceder a uma independência económica confortável e a cargos de decisão e de poder. Porém, mesmo essas se encontram, muitas vezes, em situações de dependência psicológica dos seus maridos ou companheiros, devido a estereótipos ancestrais que só serão passíveis de serem debelados com o passar de mais algumas gerações (IZIDINE.,2004).

Nas camadas mais desfavorecidas, as mulheres são duplamente sacrificadas, pois em regra para além das suas profissões tem que prover, quase sempre sós, ao governo da casa e ao cuidado dos filhos, quando não enfrentam, acrescidamente, muitas vezes em silêncio, a própria violência doméstica.

Cabo Verde mesmo sendo um país do continente Africano, a mulher cabo verdiana que representa 50,1% da população teve uma historia contada por vitorias e progressos. A inferioridade social das mulheres era bem marcante quando, ainda durante a luta pela Independência Nacional, elas se juntaram aos homens para libertarem Cabo Verde.

Cedo as mulheres perceberam que estavam submetidas a uma dupla dominação: uma proveniente diretamente do homem e outra decorrente do âmbito politico económico e social. Após a independência do país, teve inicio um trabalho permanente em todas as áreas para procurar banir práticas, hábitos e costumes que conduziam á exclusão da mulher.

Alguns indicadores são importantes na vida da mulher cabo-verdeana tais como (INE., 2007)

- A taxa de atividade entre as mulheres passou de 25% para 39% entre 1990 e 2000;
- A proporção de mulheres no poder executivo evoluiu de 1% em 1980, para 18% em 2008;
- A taxa líquida de escolarização no ensino básico entre as raparigas era de 70% em 1990. desde 2000 mantêm-se em 95%;
- A taxa líquida de escolarização das raparigas, no ensino secundário, progrediu de 18,3% para 56,3% em 2000 e para 64% em 2007.

No entanto, não deixa também de ser notório que, apesar dessas conquistas, às quais se juntam os avanços significativos conseguidos nos domínios da saúde, educação, cultura e participação. A grande verdade é que a mulher cabo-verdiana continua ainda sendo vítima da discriminação, desigualdade e da violência.

Nota-se ainda que a participação da mulher também nem sempre é visível. O trabalho doméstico e rural continua sendo desvalorizado em Cabo Verde e as mulheres, na maior parte dos casos, continuam a ocupar os cargos mais baixos da hierarquia administrativa, enquanto outras mulheres padecem de um acentuado desemprego ou subdesemprego.

Por outro lado, o perfil dessas mulheres ainda não está muito bem definido na literatura, As mulheres cabo verdianas, são mulheres batalhadoras, ocupam na sociedade cabo verdiana o papel de chefe de família, na organização familiar cabo-verdiana uma posição preponderante no que diz respeito à reprodução material e simbólica da sociedade, são as mais atingidas pela pobreza, pelo desemprego, pelo

analfabetismo e pela desvalorização social, sofrem discriminação social, violência doméstica e outros tipos de abusos.

O processo social das mulheres constitui um dos maiores desafios para a sociedade cabo-verdiana dos nossos dias.

2.13 SAÚDE PÚBLICA

A saúde da população está diretamente relacionada com as condições sociais e económicas do bairro, tais como a distribuição das rendas, condições de trabalho, salário, organização do espaço, saneamento, assim a saúde não depende do indivíduo isoladamente, mas da interação desses fatores. Além disso, as fracas condições higienico-sanitárias da cidade, nomeadamente a falta de água, a falta de banheiros, e outros problemas ligados ao saneamento, estão na origem de muitos problemas ligados à saúde, sendo assim isso condiciona a falta de condições higiénicas que consequentemente favorece na contaminação das outras infeções que podem influenciar até mesmo contribuir para desenvolvimento da doença com o decorrer do tempo (INE., 2009).

As principais doenças endêmicas são as comuns num país de clima tropical seco. As infeções respiratórias agudas, de maior incidência no período de Fevereiro a Maio devido aos ventos que sopram durante este período, as diarreias correntes, essencialmente derivadas do consumo de água ou alimentos mal lavados, patologias comuns da criança e alguma tuberculose. O paludismo, em tempo considerado erradicado, surge em menos de uma centena de casos anuais, importados por uma forte componente migratória oriunda dos países da África Ocidental, mas a atitude proativa da Direção Geral de Saúde, rastreando a doença à chegada dos vãos oriundos do continente africano, tem permitido a rápida identificação dos indivíduos portadores da doença evitando assim a sua propagação (INE., 2007).

2.13.1 SISTEMA DE SAÚDE EM CABO VERDE

As infraestruturas sanitárias do Sistema de Saúde de Cabo Verde correspondem de uma forma geral, às necessidades das populações locais e demonstram o esforço realizado (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2007):

- Dois Hospitais Centrais: Hospital Agostinho Neto (Praia), na ilha de Santiago; Hospital Baptista de Sousa (Mindelo) em São Vicente;
- Três Hospitais Regionais: Hospital Santiago Norte (Santa Catarina), em S. Filipe (Fogo) e Ribeira Grande (Santo Antão).
- Dezenove Centros de Saúde: três na Praia (serão mais 5 até final de 2009), dois em S. Vicente e um em cada um dos restantes Concelhos/Delegacias de Saúde (com exceção daqueles onde se encontrem Hospitais Regionais);
- Cinco Centros de Saúde Reprodutiva: (Programas de Acompanhamento Materno Infantil/Planeamento Familiar
- Vinte e três postos sanitários: com suporte de Enfermagem, distribuídos por todas as ilhas;
- Cento e dezessete unidades sanitárias de base: estruturas elementares, sem enfermeiro, mas a cargo de um agente sanitário, nas pequenas localidades.

2.13.1.1. Atenção Primária e Secundária

A atenção primária e secundária é feita nas seguintes redes de saúde:

- Hospitais Regionais
- Centro de Saúde
- Postos Sanitários
- Unidade Sanitária de Base

2.13.1.2 Hospitais Regionais

Programado para garantir cuidados hospitalares de nível secundário, em função da população abrangida e da tecnologia disponível, os HR deverão ser dimensionados na base do princípio da “Descentralização /Regionalização” é importante para se garantir o equilíbrio entre a qualidade dos cuidados *versus* a extensão pelo território. Um HR com qualidade, na realidade cabo-verdiana, só é possível se puder cobrir o território de vários municípios próximos.

O nível secundário do Hospital Regional, após o reforço das suas capacidades técnica e tecnológica, deve desenvolver-se para garantir a uma população, à volta dos 50.000 habitantes, um conjunto de cuidados de complexidade intermédia, mas diferenciados dos Centros de Saúde e poder organizar as seguintes áreas de saúde: especialidades com internamento e sem internamento e atendimento de referência.

2.13.1.3. Centros de Saúde

“São instituições através da qual se presta uma atenção primária de saúde a indivíduos e famílias, considerando estas como elementos de uma comunidade com os seus problemas, necessidades e comportamentos”.

A atenção primária engloba acções de carácter preventivo, curativo (diagnóstico, tratamento e referência aos níveis diferenciados) cuidado de reabilitação (que a este nível não requerem pessoal nem material especializado) e medidas de promoção da saúde. Os Centros de Saúde possuem uma equipa de saúde chefiada por um médico e dispõem duma rede de extensões, para aproximar a prestação de cuidados à populações.

2.13.1.4. Postos Sanitários

São instituições de saúde do nível de Atenção Primária, consideradas extensões intermediárias dos CS, com um equipa residente, chefiada por um enfermeiro geral. Os postos devem poder atender à população designadamente nas áreas de: medicina geral, com seguimento de doentes crónicos, Saúde materna, Vigilância à saúde e ao meio ambiente, Cuidados permanentes de enfermagem.

2.13.1.5. Unidades Sanitárias de Base

São instituições de saúde do nível de Atenção Primária, consideradas extensões periféricas dos CS, que estão a cargo dum Agente Sanitário de Base.

2.13.1.6. Hospital Dia

O Hospital Dia, instalado no Hospital Dr. Agostinho Neto (HAN), na Praia foi inaugurado a 23 de Agosto de 2007, pensando na saúde dos doentes que já não precisam se deslocar para o exterior para o tratamento.

É um centro que funciona de forma estável e organizada. Serve para consultas de oncologia, trabalho ambulatorio, consultas internas e externas, discussão de casos difíceis, controle de quimioterapia e outros procedimentos.

Hoje, esse hospital recebe pacientes vindos de outras ilhas e

também dos vários Centros de Saúde que são encaminhados ou buscam tratamento de quimioterapia.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Traçar o perfil das mulheres com câncer de colo de útero usuárias do Hospital Agostinho Neto.

3.2 Objetivo Especifico

- Descrever a distribuição das variáveis sócio-demograficas, sócio-econômicos e comportamentos de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo caracteriza-se por ser um estudo descritivo e analítico, realizado com dados de registros (dados secundários) do banco de dados do Hospital Agostinho Neto, localizado na Cidade da Praia, Cabo Verde que visa avaliar os fatores que favorecem ao desenvolvimento de câncer de colo uterino em mulheres cabo-verdianas.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo consiste de 100 mulheres adultas na faixa etária de 20 a 70 anos de idade e com diagnóstico positivo de câncer de colo uterino (código C50 da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – segunda edição, CID-O-segunda VERSÃO), identificadas através dos registros hospitalares do Hospital Agostinho Neto - Cidade da Praia.

4.2.1 Localização Geográfica

Cabo Verde é um país africano, arquipélago de origem vulcânica, constituído por dez ilhas que foi descoberto pelos portugueses no século XV. Situado a 445 km da costa ocidental africana, com uma população estimada em 508.633 habitantes (INE, 2009).

A Cidade da Praia, capital da Republica de Cabo Verde, fica situado a Sul da ilha de Santiago, tem hoje aproximadamente 42 km² de superfície. A cidade estende-se a norte até a Achada de São Filipe, a este até a Achada de Água Funda. A Sul confronta-se com o mar e a oeste com a Ribeira de Palmarejo Grande (INE., 2009).

Segundo o Plano Diretor Municipal (PDM) a cidade da Praia é o mais populoso do País, cerca de 127.524 mil habitantes, o que tem favorecido um crescimento bastante dinâmico a nível interno, nas relações com as restantes ilhas do arquipélago e com o exterior. Sendo esse Concelho o principal centro de negócios de Cabo Verde (INE.,

2009).

Santiago continua a albergar a maioria da população residente, 55,7 %; Sal e Boa Vista registaram aumentos significativos, contrastando com a ilha de Santo Antão onde se verificou um decréscimo na ordem de 2 por cento (INE., 2010)

A maioria da população continua a residir em Santiago, cerca de 56 por cento, num total de 273.919 habitantes; São Vicente aparece na segunda posição com

15,5 %, 76.107 habitantes; Santo Antão vem logo a seguir com uma população de 43.915, o que corresponde a 8,9 por cento, seguindo-lhe a ilha do Fogo com 7,5 %, num total de 37.051 indivíduos.

Nas ilhas do Sal e da Boa Vista verificaram-se aumentos significativos da população. A ilha do Aeroporto tem agora 25.657 habitantes, 5,2 % da população residente, e na ilha das Dunas a população duplicou, passando de 4.206 em 2000, para 9.162 em 2010.

Em contrapartida, nas ilhas São Nicolau, Maio e Brava registaram-se um decréscimo da população. A ilha de Chiquinho (S.Nicolau) tem neste momento 2,6 por cento, o que corresponde a 12.817 indivíduos, o Maio com 1,4 % tem 6.952 habitantes e a ilha das Flores (Brava) tem neste momento 5.995 habitantes, o que corresponde a 1,2% da população residente em Cabo Verde.

4.2.2 Clima

A cidade da Praia está localizada na vertente Sotavento em relação aos ventos alísios e, considerando as características climáticas reinantes no arquipélago, é um Concelho muito árido com o clima do tipo árido e semi-árido (INE., 2007).

A média anual das precipitações na Cidade da Praia é inferior a 300 mm, e além de reduzida, as chuvas estão concentradas num período curto, de menos de três meses (Agosto, Setembro e princípios de Outubro). Com elevada frequência, ocorrem anos de pluviosidade nula (INMG., 2007).

O ar descendente do Maciço do Pico de Antônia é relativamente

seco, na maior parte do ano, e a vegetação dominante nas achadas e uma formação herbácea pontuada de algumas árvores resistentes á seca. Apesar desta aridez dominante, a diferença altimétrica, como geralmente acontece nas ilhas, reflecte-se na paisagem, originando uma variação da vegetação e da flora em andares micro-climáticos, que oscila do árido no litoral ao sub-húmido e húmido nas proximidades do maciço do Pico de Antónia (INE., 2009).

O Concelho apresenta uma temperatura média anual de 25°C e não desce abaixo dos 20°C, com uma humidade relativa de 70%. (INMG., 2007). Nos últimos anos, tem havido no Concelho, uma diminuição da qualidade do ar, pois, existe uma poluição atmosférica que tem sua principal causa nas atividades do homem. Essas ações resultam, sobretudo das atividades industriais e do escape dos veículos. Consideram-se ainda as formas naturais da poluição do ar – os aerossóis (geralmente denominadas “Bruma seca”), provenientes do deserto de Sahara. Esta forma de poluição provocada pelas poeiras provenientes do Sahara tem vindo a aumentar de intensidade e duração nos últimos anos, assistindo-se a um prolongamento e agravamento graduais da bruma seca, com fortes repercussões na Saúde Publica (INE., 2007).

4.2.3 Aspectos socioeconômicos

A situação socioeconômica da Cidade da Praia é caracterizada pela existência do comércio, indústria, transportes, administração pública, construção civil, a existência de pequenas empresas, uma atividade informal muito dinâmica e geradora de emprego e dos serviços de uma forma geral (INMG, 2007).

Contudo o Concelho apresenta ainda problemas sérios, entre os quais, a insuficiência de redes de tratamento de águas residuais e de drenagem de águas pluviais, insuficiência de infraestruturas de preservação do ambiente em matéria de tratamento de água usada e resíduos sólidos, deficiente saneamento do meio, e, além disso, mais de metade da população da cidade vive em habitações sem condições higienico-sanitárias o que condiciona o desenvolvimento de muitas doenças (INMG., 2007).

A situação do Concelho caracteriza-se por elevada taxa de desemprego, baixo nível de escolaridade e elevado número de famílias desprovidas de recursos mínimos para as necessidades básicas (INMG., 2007).

4.2.4 Demografia

De acordo com a INE (Instituto Nacional de Estatística, 2009 e 2010)

Os cabo-verdianos são descendentes de antigos escravos e de brancos vindos principalmente de Portugal, sendo a população cabo-verdiana hoje cerca de 70% é mestiça, 28% negra e 2% branca.

Segundo estimativas do Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde, o país hoje possui cerca de 491.571 habitantes numa proporção de 49,5 % de homens e 50,5 % de mulheres.

É um país com uma população jovem em que 42% tem menos de 14 anos e com uma média de idades de 21 anos na sua estrutura etária, com 40 % dos efectivos entre os 0-14 anos (estimativa de 2005) e apenas 6% acima dos 65 anos.

A esperança média de vida, que em 1975 rondava os 63 anos, atinge em 2008, os 72 anos (68 para homens; 76 para as mulheres).

A taxa bruta de mortalidade é de 5,7% e a de natalidade 25,7% estimativa de 2009 segundo o censo de 2000, valor inferior às taxas de outros países de categoria de rendimento semelhante.

Em termos de repartição da população por meio de residência, os dados preliminares do quarto recenseamento Geral da População e Habitação, indicam também que 62 por cento da população reside no meio urbano, contra 38 por cento no meio rural.

Devido à escassez de recursos naturais e à pobreza económica da terra cabo-verdiana (solos pobres, seca, entre outros) desde cedo a emigração se converteu na única saída para o povo destas ilhas, de tal forma que a população cabo-verdiana imigrada deverá rondar os 500.000, número equivalente à população residente. Considerando os indivíduos nascidos nos destinos de emigração poderemos contar com um número próximo dos 800.000 indivíduos. O fenómeno migratório cabo-verdiano envolve um número significativo de núcleos espalhados por três continentes: África, Europa e América do Norte. Se do ponto de vista absoluto o conjunto das populações de origem cabo-verdiana no exterior é relativamente reduzido, quando comparado com outras grandes diásporas mundiais, a sua dimensão relativa (superior à população residente no próprio país).

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Todas as mulheres adultas acima referidas e com diagnóstico positivo de câncer de colo do útero foram incluídas no estudo, as que não tiveram diagnóstico positivo, dados incompletos foram automaticamente excluídas.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Como variável dependente ou desfecho tem-se o câncer de colo do útero, e como variáveis independentes: as variáveis Sócio-Demográficas (idade, estado Civil, residência: ilha, naturalidade, localidade.), variáveis Socioeconômicas (escolaridade, profissão) e variáveis relacionadas aos Comportamentos de Saúde (tabagismo, história menstrual, idade de início da atividade sexual, número de parceiros sexuais, número de filhos, uso de contraceptivos orais, realização de exame preventivo anterior, presença ou não de DST de acordo com o prontuário médico principalmente o HPV).

Estas variáveis são pertinentes para a análise estatística da pesquisa.

4.5 FONTES DE DADOS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Os dados para a análise foi obtido através do banco de dados estatísticos do Hospital Agostinho Neto da cidade da Praia, centro hospitalar que oferece assistência especializada e integral ao paciente com câncer.

A seção estatística do hospital coleta dados de todos os pacientes atendidos neste hospital através dos relatórios médicos, prontuários e fichas dos pacientes, com diagnóstico confirmado ou suspeita de câncer. Sua principal função é clínica, podendo ser utilizado para avaliar o trabalho realizado no hospital, como resultados finais alcançados, monitorização e avaliação dos cuidados prestados aos pacientes com câncer, e também pode oferecer dados estatísticos sobre o resultado dos tratamentos aplicados. Para a utilização deste banco de dados foi obtida a autorização do diretor da instituição onde o mesmo se

encontra.

4.6 COLETA DOS DADOS

Para a realização da coleta dos dados, previamente foi estabelecido contato com o Diretor do Hospital Central para apresentação e explicações quanto aos objetivos e método da pesquisa.

Os dados foram obtidos através de contato com o funcionário estatístico responsável pelo gerenciamento do banco de dados da instituição.

4.7 CONTROLE DE QUALIDADE

A reprodutibilidade dos achados será testada e para isso, os dados foram coletados pelo mesmo estatístico do hospital pelo menos duas vezes e verificados pela autora do trabalho.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foi digitado no programa Excel e transportados para o programa STATA 9.0 para a análise estatística. Num primeiro momento realizou-se a estatística descritiva das características das variáveis estudadas, e a partir deste vai ser traçado o perfil oncologico das mulheres atendidas no Hospital Agostinho Neto.

4.9 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) visto que o estudo vai ser realizado só com dados secundários fornecidos pelo Hospital publico (Hospital Agostinho Neto).

4.10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Entre as possíveis limitações desse estudo está o fato de que a amostra não pode extrapolar para a população, pois é um estudo com dados secundários do banco de hospital Agostinho neto referente a mulheres que utilizaram ou utilizam ainda esse serviço.

Devido a falta de dados no sistema e também de amostra suficiente num determinado período foi muito difícil organizar essa amostra e por causa disso não foi determinado no estudo um período definido, mas sim foram coletados todos os casos independente do ano ocorrido.

Os prontuários foram preenchidos por vários funcionários da saúde, fazendo com que cada um fizesse anotações diferentes. Dessa forma houve perda de informação no momento de preencher os dados no sistema pelos estatísticos/epidemiologistas e isso dificultou o meu estudo visto que muitas mulheres com diagnostico positivo de câncer de colo de útero tiveram que ser excluídas devido a falta de variáveis no banco tais como: número de filhos, número de parceiros, estado civil e residência.

5. REFERÊNCIAS

AJCC (2002). **AJCC Manual de Estadiamento de Câncer**. Sexta edição. Springer Verlag: New York.

ANSCHAU, F. e GONÇALVES, M.A.G. **Citologia Cervical em Meio Líquido versus Citologia Convencional**. *Feminina*.v.34,n,5,p.329-34,2006.

AMERICAN CÂNCER SOCIETY. Detailed guide: what as vaginal câncer? Disponível em: <<http://www.cancer.org//>>. Acesso em 30 de Setembro de 2005.

AMARAL, RG; RIBEIRO, AA; MIRANDA, FA; TAVARES, SBN; SOUZA, NLA; MANRIQUE, EJC. et al. **Fatores que podem comprometer a qualidade dos exames citopatológicos no rastreamento do câncer do colo do útero**. *RBAC*. 2006 Jan-Mar; 38(1):3-6.

ALVARENGA, GC; SÁ, EMM; PASSOS, MR. et al. **Papilomavírus humano e carcinogênese no colo do útero**. *J. Bras. Doença Sexualmente Transmissível*, 2000, 12:28-38.

AUTILLO-TOUATI, A; JOANNES, M; D'ECOLE, C; ROBAGLIA – SCHLUPP, A; LAMBERT, A; MAZELLA, E. et al. **HPV typing by *in situ* hybridization on cervical cytologic smears with ASCUS**. *Acta Cytol* 1998; 42:631-8.

ARMSTRONG,B.K.;MUÑOZ,N.;BOSCH,F.X.Epidemiology of câncer of the cercix.In___. *Gynecologic Oncology*.2ªed.Edinburgh: Churchill-Livingstone, 1992.p.11-29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Periodicidade de realização do exame preventivo do cancro do colo do útero: normas e recomendações do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2002;48(1): 13-5;

BRASIL. Ministério da saúde/ Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. 2ed. Rio de Janeiro , 1997.

BRINTON, L.A et al. *Epidemiology of cervical cancer – over view: **The Epidemiology of cervical cancer and human Papillomavirus***. Ed: Muñoz, N; Bosch, F.X; K.V.Shah and A. Meheus, Lyon, International Agency for Research on Cancer (IARC), 1992.

BOSCH FX, MUNOZ N, SANJOSE S. **Human papillomavirus and other risk factors for cervical cancer**. In_ .Biomed Pharmacother 1997, 51:268-75.

BURD EM. **Human Papillomavirus and Cervical Cancer**. In_*Clin Microbiol Rev* 2003; 16(1):1-17.

BERRINGTON-DE-GONZALEZ, A.; SWEETLAND, S.; GREEN, J. **Comparison of risk factors for squamous cell and adenocarcinomas of the cervix: a meta-analysis**. Br J Cancer 2004; 90:1787-91.

BEKKERS, RL.; MASSUGER, LF.; BULTEN, J.; MELCHERS, WJ. Epidemiological and clinical aspects of human papillomavirus detection in the prevention of cervical cancer. **Revista Medicina Virol** 2004; 14:95-105. Disponível em: www.scielo.com. Acesso em: novembro 2008.

BOSCH FX, LORINCZ A, MUÑOZ N, MEIJER CJLM, SHAH KV. **The causal link between human papillomavirus and invasive cervical cancer a population-based case-control study in Colombia and Spain**. Int. J. Cancer 1992; 52:743-9.

BURCHELL NA, WINER RL, SANJOSE S, FRANCO EL. **Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection**. *Vaccine* 2006; 24(3):52-61.

BENEDET, L.S.; MASTISIC, J.P.; BERTRAND, M.A. An analysis of 84.244 patients from british Columbia cytology-colposcopy program. *Ginecol Oncol*.n.92, p.127-34, 2004.

BETHESDA 2001. Disponível em <http://www.bethesda2001.cancer.gov.br>. Acesso em: 16 de fevereiro 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do Colo do Útero**. Manual Técnico. Brasília (DF): 2002.

CABO VERDE. Delegacia de Saúde. Disponível em: [«http://www.minsaude.gov.cv»](http://www.minsaude.gov.cv). Acesso em: 25 de Junho de 2009.

CABO VERDE. Delegacia de Saúde da Praia. **Relatório da Saúde, 2000.**

Disponível em [«http://www.minsaude.cv»](http://www.minsaude.cv). Acesso em: 23 de Novembro de 2007.

CABO VERDE. Instituto Nacional de Estatística. **Dados Demográficos da População do Censo, 2009.** Disponível em: [«http://www.ine.cv»](http://www.ine.cv). Acesso em: 27 de Julho de 2009.

CABO VERDE, Instituto Nacional de Estatística. **Dados Demográficos da População do Censo, 2009.** Disponível em: [«http://www.reisetracume.de/kapverden/hintergrund/estatisticas_cv_de_mografia.htm»](http://www.reisetracume.de/kapverden/hintergrund/estatisticas_cv_de_mografia.htm). Acesso em: 2 de Fevereiro de 2009.

CABO VERDE, Instituto Nacional de Meteorologia e Geofísica. Disponível em: [«http://www.governo.cv»](http://www.governo.cv). Acessado em: 23 de Outubro de 2008.

CAMPANER, A.B; GALVÃO, M.A.L; SANTOS, R.E.; NADAIS,R.F.; PIATO, S. **Comportamentos das células de langerhans intra-epiteliais cervicais em pacientes fumantes portadoras de Neoplasia intra-epitelial cervical 3(NICIII).** Revista Brasileira de Genitoscopia. São Paulo, Vol.1,n.2,p.14-18,Out./Nov./Dez. 2006.

CABO VERDE. Ministério de Saúde. **Relatório Estatístico da Citologia da CSR - Bela Vista e do Serviço de Anatomia Patológica HBS, 2008.** Disponível em: [«http://www.minsaude.cv»](http://www.minsaude.cv). Acesso em: 18 de Abril de 2009.

CABO VERDE. Delegacia de Saúde da Praia. **Relatório da Saúde, 2006.**

Disponível em [«http://www.minsaude.cv»](http://www.minsaude.cv). Acesso em: 23 de Novembro de 2007.

____. **Câncer screening for resource-poor settings.** Cancer. 2000; 89:826-33.

CABO VERDE. Câmara Municipal da Praia. Plano Diretor Municipal, 1998. Disponível em: <http://www.governo.cv/>. Acesso em: 27 de Dezembro de 2009.

CRONJÉ HS, PARHAM, GP, COOREMAN, BF, DE BEER A, DIVALL P, BAM, RH. **A comparison of four screening methods for cervical neoplasia.** In__ a developing country. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188:395-400.

DAVEY, E.; BARRAT, A.; IRWIG, L.; CHAN, SF.; MACASKILL, P.; MANNES, P.; SAVILLE, AM. **Effect of study design and quality on unsatisfactory rates cytology classifications, and accuracy in liquid-based versus conventional cervical cytology:** a systematic review. *Lancet* 2006; 367: 122-132.

DE VILLIERS EM, FAUQUET, C.; BROKER, TR.; BERNARD, HU.; Zur Hausen H. **Classification of papillomaviruses.** *Virology* 2004; 324:17-27.

DA SILVA, T.T. Papilomavirus: Testes Moleculares e Rastreamento do Câncer Cervical. Feminina. Rio de Janeiro. V.34 n.2,p.115-21,fev.2006.

DE PALO, G.; CHANSEN, W.; DEXUS, S.Trad.Garibalde Mortoza Júnior. O colo uterino.In: __.Patologia e Tratamento do Trato genital Inferior.Rio de Janeiro: MEDSI, 2002.p.2-123.

DÔRES, G.B. Rastreamento do câncer do colo uterino com métodos morfológicos e biomoleculares. *Jornal da SOGESP.* São Paulo, v.3.n.16.p.117-119,abr.2000.

FERENCZY, A.; FRANCO, EL.; **Prophylactic human papillomavirus vaccines: potential for sea change.** *Expert Rev Vaccines* 2007; 6(4):511–25.

FRANCO, EL.; DUARTE-FRANCO, E.; FERENCZY, A. **Prospects for controlling cervical cancer at the turn of the century.** *Salud Publica Mex.* 2003; 45 (Supl 3): S36775.

FERNANDES, RAQ.; NARCHI, NZ. **Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente de detecção precoce do câncer cérvico-**

uterino e de mama. Rev Bras Cancerol 2002; 48(2):223-30.

FERENCZY, A.; FRANCO, E. **Cervical-cancer screening beyond the year 2000.** *The Lancet Oncology*. Vol. 2, p. 27-32. 2001.

GONÇALVES, W.J.; GIRÃO, M.J.B.C.; BORTOLETTO, C.C.R. **Rastreamento e diagnóstico precoce das neoplasias malignas genitais: perspectivas do arsenal propedêutico.** *J Bras Med*, v. 69, p. 14-23, 1995.

GOMPEL C, KOSS LG. **Citologia ginecológica e suas bases anatomoclínicas.** São Paulo: Manole, 1997.

GALLOWAY, D. **Papillomavirus vaccines in clinical trials.** *Lancet Infect Dis* 2003; 3: 469-75.

GARLAND SM. **Human papillomavirus vaccines: challenges to implementation.** *Sex Health*. 2006; 3(2):63-5.

GOPALKRISHNA,V.; MURTHY, NS.; SHARMA, JK.; ROY, M.; DAS, DK.; LUTHRA, UK. et al. **Increased human papillomavirus infection with the increasing number of pregnancies in Indian women.** *J Infect Dis* 1995; 171:254-5.

HOSKINSJ, Rubin S. **Cervical câncer and preinvasive Neoplasia.**1996

HYPPÓLITO, SB. **O uso do ácido acético no diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino [tese].** Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas; 2002.

HO GY, Bierman R.; BEARDSLEY, L.; CHANG, CJ.; BURD, RD. **Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women.** *N Engl J Med* 1998; 338(7): 423-8.

HILDESHEIM, A.; SCHIFFMAN, M.; BROMLEY, C.; WACHOLDER, S.; HERRERO, R.; RODRIGUEZ, AC. et al. **Human Papillomavirus Type 16 Variants and Risk of Cervical Câncer.** *J Natl Cancer Inst* 2001; 93(4): 315-8.

HUH WK, R. RB. **The future of vaccines for cervical câncer.** *Gynecol*

Oncol 2008;109 (2 Suppl):S48–S56.

Hammouda D, Munoz N, Herrero R, Arslan A, Bouhadeh A, Oublil M, et al. Cervical carcinoma in Algiers, Algeria: human papillomavirus and lifestyle risk factors. *Int J Cancer* 2005; 113:483-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0102311X200600100002100005&pid=S0102-311X2006001000021&lng=en>. Acesso em: Julho de 2010.

HALBE HW. Câncer de colo uterino: **conceito, importância, incidência e fatores de risco**. Tratado de Ginecologia. São Paulo: ROCA. 1994. Vol.2.

HENDING KD, W. CE. **Infusion therapy for pelvic trofoblastic tumours**. J.obstet Gynaecol Br Commonw. Tratado de Ginecologia, 1964.

IPOG – **Citologia líquida** [serial online] 2006. [cited 2006 Jul]. Available from: «[URL http://www.ipog.com.br/dnacitoliq.htm](http://www.ipog.com.br/dnacitoliq.htm)».

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA- Ministério da Saúde do Brasil). Estimativas 2006. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: «www.inca.com.br». Acesso em: 03 mai. 2006.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Coordenação de Prevenção Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.

IJAIYA, MA.; ABOYEJIPA, Bleharino. **Cancer of the cervix**. In___ Ilorim, Nigeria. West Afr. J. Med. 2004; 23(4): p. 319-22

JONES,H.; WENTZ, A.; BURNETT, L. *Tratado de Ginecologia*. 1996, p. 27-64

KURMAN, R.; HENSON DE; HERBST, AL.; NOELLER, KL.; SCHIFFMAN MH. **Interim guidelines for management of abnormal cervical cytology**: the 1992 National Cancer Institute Workshop. *JAMA* 1994; 271: 1866-69.

KOMPALIC-CRISTO, A.; BRITTO, C.; FERNANDES, O. **Diagnóstico Molecular da Toxoplasmose**: revisão. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*. Rio de Janeiro, 2005, v. 41, n. 4, p. 229-235.

KOSS L.G., 1988. **Minimal neoplasia as a challenge for early cancer detection.** Recent Results in Cancer Research, 106:1-8.

KUPER,H.; ADAMI,H.O.; BOFFETTA,P. **Tabaco use, cancer causation and public health impact.**J Intern.Med.v.25, p.445-66,2002.

KYRGIU,M.; TSOUMPOU,I.; VREKOUSSIS,T. et al. The up-to-date evidence on colposcopy practice and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: **the Cochrane colposcopy and cervical cytopathology collaborative group (C5 group) approach.** Cancer treatment Reviews.n32,p.516-523,2006.

LAARA E, DAY NE.; HAKAMA, M. 1987. **Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes.** The Lancet, 1(8544):1247-1249.

LORETO, C.D.I. et al. Garantia de qualidade em citopatologia: **aspectos da correlação cito-histopatológica.** *Rev Ass Mod Brasil*, v. 43,p. 195-8, 1997.

LIMA, C. A; VASCONCELOS, J. A; PALMEIRA, R. C. **Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe (Brasil).** Cadernos de Saúde Pública , Rio de Janeiro, v.22, n.10, out. 2006.

LINHARES, AC.; VILLA, LL. **Vaccines against rotavirus and human papillomavirus (HPV).** *J Pediatr* (Rio J) 2006; 82(3 Supl):S25-34.

LIU, S.; SEMENCIW, R.; PROBERT, A. & MAO Y. 2001. Cervical cancer in Canada: **changing patterns in incidence and mortality.** *International Journal of Gynecological Cancer*, 11:24-31.

LOPES, ER; REBELO, MS; ABREU, EC. Silva VL.; EISENBERG, ALA.; LAVOR, MF. **Comportamento da população feminina brasileira em relação ao câncer cérvico-uterino.** *J Bras Ginecol.* 1995;105(11/ 12):505-15.

LIMA, DN.; CÂMARA, S.; MATTOS, MG.; RAMALHO, R. **Diagnóstico citológico de Ascus: sua importância na conduta clínica.** J Bras Patol Med Lab 2002; 38(1): 45-9.

MONK, BJ; HERZOG, TJ. The new era of cervical cancer prevention: **HPV vaccination.** Gynecol Oncol 2008;109(2Suppl):S1-3.

MERCK SHARP e DOHME. **Carcinoma do colo de útero.** Disponível em: «[http:// www.manualmerck.net/](http://www.manualmerck.net/)». Acesso em: 20 Julho de 2009.

MUNGER, K.; HOWLEY, PM. **Human papillomavirus immortalization and transformation functions.** Virus Res 2002;89 (2):213-28.

MURTA, Genilda Ferreira et al. **Saberes e práticas:** guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 4. ed. São Caetano do Sul: Ed. Difusão, 2008. v. 3.

MORENO, V.; BOSCH, F.X; MUNOZ, N. et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: **the IARC multicentric case-control study.** Lancet.v.359,n.9312,p.1085-1092,2002.

MONOGRAFIA (Especialização em Saúde da Família): **Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia**, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2002.

MASSAD,L.S.; COLLINS,Y.C.**Strength of correlations between colposcopic impression and biopsy histology.**Ginecol Oncol.n.89,p.424-8,2003.

MOTTA, EV.; FONSECA, AM.; BAGNOLI, VR.; RAMOS, LO.; PINOTTI, JA. **Colpocitologia em ambulatório de ginecologia preventiva.** Rev. Assoc. Med. Bras. 2001 Dez, 47(4): 302-10.

MOSCICKI, AB.; HILLS, N.; SHIBOSKI, S.; POWELL, K.; JAY, N.; HANSON, E. et al. **Risks for incident human papillomavirus infection and lowgrade squamous intraepithelial lesion development in young females.** J Am Med Assoc. 2001; 285: 2995-3002.

NCI (National Cancer Institute), 1991. The revised Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses: **report of the 1991 Bethesda workshop**. Acta Cytology, 36: 273-275.

NORONHA, VL.; MELLO, W.; BISI, F. et al. **Fatores de risco para câncer em lesões da cérvix uterina**. Rev Paranaense Méd, 1999, 13: 18-24.

NOVAIS, C. M.; PIRES-ALVES, M. **PCR em tempo real**. Revista Biotecnologia Ciência e Desenvolvimento. Brasília, DF, 2004, n. 33, p. 10-13.

NONNENMACHER, B.; BREITENBACH, V.; VILLA, L. L. et al. **Identificação do papilomavírus humano por biologia molecular em mulheres assintomáticas**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, SP, 2002, v. 36, n. 1, p. 95-100.

Organização Mundial de Saúde. **The current status development of prophylactic vaccines against human papillomavirus infection**. Disponível em: <http://www.who.int/vaccines-documents//Docs/pdf/99>. Acesso em: 18 Fevereiro de 2009.

PIATO, S. **Epidemiologia das neoplasias malignas**. In__Rodrigues de Lima G. Editor. *Ginecologia Oncológica*. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 28-34.

PARASHARI, A.; SING, V.; SEHGAL, A.; SATYANARAYANA, L.; SODHANI, P.; GUPTA, MM. **Low-cost technology for screening uterine cervical câncer**. Bull World Health Organ. 2000; 78:964-7.

PEREYRA, E.A.G.; CHUERY, A.C.S.; PARELLADA, C.I. **Lesão intra-epitelial cervical de baixo grau: diagnóstico, tratamento e segmento. CERVICOLP**. São Paulo, 2002.p.1-5.Disponível em: [«www.digene.com.br/banco_not/65_atualiz.htm»](http://www.digene.com.br/banco_not/65_atualiz.htm). Acesso em: 18 janeiro 2010.

PERFIL DA MULHER AFRICANA Publicada por Izidine.Abdul.Cadir. Disponível em: [causa-](#)

africana.blogspot.com/.../mulher-africana.html. Acesso em: 20 de Novembro de 2008.

QUEIRÓZ, C. **Resultados falsos negativos na citologia cervical: causas e como evitar.** *Feminina*. Rio de Janeiro, v.29.n.4,p.211-217,mai.2001

RAMOS, A.M.G. **Teste de Schiller.** *Femina*. Rio de Janeiro,v.26.n.7,p.599-600,ago.1998

ROTELLI – MARTINS, CM.; LONGATTO Filho A.; HAMMES, LS.; DERCHAIN, SFM.; NAUD, P.; JEAN, CM. JC. et al. **Associação entre idade ao início da atividade sexual e subsequente infecção por papilomavírus humano:** resultados de um programa de rastreamento brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(11): 580-587

RICHART R.M.; BARRON B.A. 1969. **A follow-up study of patients with cervical dysplasia.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 105:386-393.

RODRIGUÉZ, S. A. Factores de riesco del cáncer de cerviz en el minucipio Cerro. **Rev Cuba Higiene Epidemiol** 1999; 37:40-46.

RIBEIRO, T. **A importância dos preservativos.** Disponível em: <http://www.alunosonline.com.br/sexualidade/importancia-do-preservativo>. Publicação em 2006. Acesso em: novembro de 2008.

RICHART R.M., 1969. **A theory of cervical carcinogenesis.** *Obstetrics and Gynecology Survey*, 24:874-879.

RICHART R.M., 1973. **Cervical intraepithelial neoplasia.** *Pathology Annual*, 8:301-328.

REAGAN, J.W.; SEIDEMANN, I.L.; SARACUSA, Y. 1953. **The cellular morphology of carcinoma in situ and dysplasia or atypical hyperplasia of the uterine cervix.** *Câncer* 1953; 6: 224-235.

SIMCOCK ,B.; SYKES, P. & LANEY M. 2001.**The impact of the National Cervical Screening Programme on the presentation of cancer of the cervix in Canterbury.** *New Zealand Medical Journal*; 114:378-380.

SCHEIDLER, J.; HRICAK, H.; YU KK. et al. **Radiological evaluation of lymph node metastases in patients with cervical cancer.** A meta analysis. JAMA 1997; 278:1096-101. SUSSE, M., 1973 - **Causal thinking in the health sciences. Concepts and strategies in epidemiology.** N.York, Oxford

SILVEIRA, EC.; TAVENARD, A.; NUNES, E. **Associação da trichomoníase com lesões pré-malignas e malignas do colo uterino.** *Rev. Bras Anal Clin* 2000, 32:111-114.

SLUPETZKY, K.; GAMBHIRA, R.; CULP, TD.; SHAFTI-KERAMAT S. SCHELLENBACHER C.; CHRISTENSEN, ND. et al. **A papillomavirus-like particle (VLP) vaccine displaying HPV16 L2 epitopes induces cross-neutralizing antibodies to HPV11.** *Vaccine* 2007; 25(11):2001-10.

SELLORS, JW.; KARWALAJTYS, TL.; KACZOROWSKI, J.; MAHONY, JB.; LYTWYN, A.; CHONG, S. et al. **Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women.** *JAMC* 2003; 168(4):168-74.

SANKARANARAYANAN, R.; WESLEY, R.; THARA, S. et al. **Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (VIA) and Lugol's iodine (VILI) in cervical cancer screening in Kerala.** *India. Int J Câncer.* 2003; 106:404-8.

SCHLECHT, NF.; KULAGA, S.; ROBITAILLE, J.; FERREIRA, S.; SANTOS, M.; MIYAMURA, RA. et al. **Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia.** *JAMA* 2001; 286(4): 3106-14.

SOLOMON, D.; DAVEY, D.; KURMAN, R.; MORIARTY, A.; O'CONNOR, D.; PREY, M. et al. the 2001 Bethesda System: **terminology for reporting results of cervical cytology.** *JAMA.* v.287, p.2114-9, 2002.

SMITH, J.S.; GREEN, J.; DE GONZALEZ, A.B. et al. **Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review.** *Lancet.* v.361, n.9364, p.1159-67, 2003.

STIVAL, C.M.;
LAZZAROTTO, M.; RODRIGUES, Y.B.; VARGAS, V.R.A. **Avaliação**

Comparativa da Citopatologia Positiva, Colposcopia e Histopatologia: **Destacando a Citopatologia como Método de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.** RBAC.V.37,n.4,p.215-18,2005.

STANLEY, MA. **Human papillomavirus vaccines.** Curr OpinMol Ther 2002;4(1):15-22.

União Internacional contra o câncer. **TNM Classification of Malignant Tumors.1997.** Disponível em: <[http:// www.Google.com.pt//](http://www.Google.com.pt//)>. Acesso em: 20 de Julho de 2009.

VILLA, LL. **Prophylactic HPV vaccines: reducing the burden of HPV-related diseases.** *Vaccine.* 2006; 24 Suppl 1:S23-8.

World Cancer Research Fund / American Institute For. Food. **Nutrition and the Prevention of Cancer:** a global perspective. Washington, D.C, 1997. Disponível em: < [http:// www.minsaude.cv//](http://www.minsaude.cv//)> .Acesso em 1 de Janeiro de 2009.

WRIGHT, TC. Jr. **Cervical cancer screening using visualization techniques.** J Natl Cancer Inst Monogr. 2003; (31):66-71.

WALBOOMERS, JMM.; JACOBS, MV.; MANOS, MM.; BOSCH, FX.; KUMMER, JA.; SHAH, KV. et al. **Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide.** J Pathol 1999; 189:12-9.

WILEY JOHN. **TMN classification of malignant tumours:** 6ªed. Edited by L.H.Sobin and CH. Witte kind, INC, 2002

XU Y, W. Q.; HAN, Y.; SONG, G.; XU, X. **Type-specific andcross-reactive antibodies induced by human papillomavirus 31L1/L2 virus-like particles.** J Med Microbiol 2007;56(Pt 7):907–13.

ZUR HAUSEN H. **Papillomaviruses in human cancers.** Mol Carcinog 1988;1: 147-50.

ZIEGLER, L.D.N. **Prevenção do Câncer de Colo Uterino:** conhecimento, percepção e fatores intervenientes – um estudo com mulheres de Jaibaras. 2002.

Link:

http://mairagalletti.blogspot.com/2009_08_01_archive.htm. Acesso em: 26 de Outubro 2009.

<http://www.panapress.com/indexpor.asp?code=por&dte=29/05/2004>. Acesso em 20 de Outubro de 2009.

ARTIGO CIENTÍFICO

**PERFIL DAS MULHERES COM CÂNCER DE COLO DE
ÚTERO USUÁRIAS DO HOSPITAL AGOSTINHO NETO –
CABO VERDE**

**PROFILE OF WOMEN WITH CANCER OF THE CERVIX
USERS OF HOSPITAL AGOSTINHO NETO – CAPE VERDE**

Maria José Carvalho Moreno¹
Fernando Dias de Ávila-Pires²

¹ Mestranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Endereço para correspondência:

Email: zeza29@hotmail.com.br

favila@matrix.com.br

RESUMO

Introdução: O câncer cervical é o segundo mais comum entre as mulheres no mundo e em Cabo Verde. Esse câncer pode ser detectado precocemente pelo exame de Papanicolaou. Tem sido relatado que o Papilomavírus Humano é o principal fator de risco para o seu desenvolvimento. **Metodologia:** Esta pesquisa caracteriza-se por ser um estudo descritivo e estatístico, realizado com dados de registros secundários do banco de dados do Hospital Agostinho Neto- Cabo Verde. **Objetivo:** Traçar o perfil das mulheres com câncer de colo de útero usuárias do Hospital Agostinho Neto. **Conclusão:** Consideramos que, das usuárias com câncer de colo uterino, todas possuem um perfil oncológico semelhante entre si e com todos os fatores de risco que propiciam o desenvolvimento de câncer de colo de útero, predominaram a relação com o baixo nível socioeconómico e baixo nível de escolaridade, o reduzido número de gestações, um parceiro sexual ou casadas, o não uso de preservativo, o uso de contraceptivos e a não realização do exame preventivo (Papanicolaou).

PALAVRAS-CHAVE - Câncer do colo do útero; Papilomavírus Humano; fatores de risco.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer is the second most common cancer among women worldwide and in Cape Verde. This cancer can be detected early by Pap smear. It has been reported that human papillomavirus is the major risk factor for development. **Methodology:** This study characterizes for being a descriptive and statistical study, conducted with data records (secondary data) database Agostinho Neto Hospital, Cape Verde. **Objective:** To describe the profile of women with cancer of the cervix users of Hospital Agostinho Neto. **Conclusion:** We believe that the users with cervical cancer, all possess a similar profile oncology among themselves and with all the risk factors that foster the development of cancer of the cervix, the predominant relationship with low SES and low schooling, the reduced number of pregnancies, one sexual partner or married, not using condoms, contraceptive use and failure to execute Papanicolaou.

KEYWORDS - Cancer of the cervix, human papillomavirus; risk factors.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino corresponde hoje ao segundo tipo de câncer mais comum nas mulheres, constituindo aproximadamente 15% de todos os tipos de cânceres femininos ⁽¹⁾, sendo uma doença de evolução lenta em fases bem conhecidas, é elevada a sua frequência na população feminina Cabo-verdiana e, quando diagnosticado precocemente é curável⁽²⁾.

Em Cabo Verde, o câncer do colo uterino (CCU) é um sério problema de saúde pública, sendo a redução de seu impacto possível através de programas integrados de controle, desde que incorporados aos demais níveis do sistema de atenção à saúde. O Ministério da Saúde tem que preconizar a prevenção do câncer ginecológico como uma das ações básicas na assistência prestada à mulher, e deve estender a cobertura de atendimento ginecológico a todas as mulheres que se encontram na faixa etária reprodutiva através dos centros de saúde ⁽³⁾.

O CCU praticamente inexistente nas mulheres que não iniciaram a atividade sexual, contudo, a possibilidade da doença aumenta com o início precoce da atividade sexual, com o número de parceiros, exposição às doenças sexualmente transmissíveis (principalmente a presença de HPV) e o baixo poder aquisitivo^(4,5). O desenvolvimento natural de um câncer invasivo do colo uterino poderá ser curto, em torno de dez anos, embora a média seja de 30 anos.⁽⁵⁾

O planeamento de ações no âmbito da prevenção do CCU se dá, prioritariamente, no plano técnico por meio do diagnóstico precoce das lesões precursoras mediante realização do teste de Papanicolaou e exames colpocitológicos que seguem uma lógica epidemiológica de risco e de relação custo benefício/efetividade que norteiam as intervenções em saúde pública.^(4, 5)

Sabe-se que, por meio de pesquisas, buscam-se traçar o perfil das mulheres com câncer de colo uterino usuárias do Hospital Agostinho Neto com a finalidade de identificar variáveis de exposição se são ou não fatores de risco para uma patologia.

Justifica-se, assim, a importância da avaliação dos fatores de risco de mulheres que realizam exames de prevenção do câncer cérvico-uterino. A expectativa é que, diante da exposição de dados consistentes, possam ser propostas sugestões para subsidiar intervenções de enfermagem na comunidade a fim de se reduzir os fatores de risco encontrados e conhecer o perfil epidemiológico das comunidades para melhor

promoção, proteção e recuperação da saúde. Acredita-se ser essa uma forma de contribuir com a melhora da qualidade de vida daquela população, não esquecendo que a erradicação do câncer do colo uterino depende de ações básicas de prevenção e controle dos fatores predisponentes, de políticas de proteção à saúde da mulher e de uma melhora educacional da população.

METODOLOGIA

Caracterização do Estudo

Este estudo caracteriza-se por ser um estudo descritivo e estatístico, realizado com dados de registros (dados secundários) do banco de dados do Hospital Agostinho Neto, localizado na Cidade da Praia, Cabo Verde que visa avaliar os fatores que favorecem ao desenvolvimento de câncer de colo uterino em mulheres cabo-verdianas.

População de estudo

A população de estudo consiste de 100 mulheres adultas na faixa etária de 20 a 70 anos de idade e com diagnóstico positivo de câncer de colo uterino (código C50 da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia – segunda edição, CID-O-segunda VERSÃO) identificadas através dos registros hospitalares do Hospital Agostinho Neto - Cidade da Praia.

Localização Geográfica

Cabo Verde é um país africano, arquipélago de origem vulcânica, constituído por dez ilhas. Está localizado no Oceano Atlântico. A população residente, segundo estimativas do Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde (INE)⁽⁶⁾, é cerca de 491.571 em uma proporção de 49,5% homens e 50,5% mulheres.

A Cidade da Praia, capital da Republica de Cabo Verde, fica situado a Sul da ilha de Santiago, tem hoje aproximadamente 42 km² de superfície. A cidade estende-se a norte até a Achada de São Filipe, a este até a Achada de Água Funda. A Sul confronta-se com o mar e a oeste com a Ribeira de Palmarejo Grande⁽⁶⁾.

Segundo o Plano Diretor Municipal (PDM) a cidade da Praia é o mais populoso do País, o que tem favorecido um crescimento bastante dinâmico a nível interno, nas relações com as restantes ilhas do arquipélago e com o exterior. Sendo esse Concelho o principal centro de negócios de Cabo Verde⁽⁶⁾.

A esperança média de vida, que em 1975 rondava os 63 anos, atinge em 2008 os 72 anos (68 para homens e 76 para as mulheres).

A taxa bruta de mortalidade é de 5,7% e a de natalidade 25,7% estimativa de 2009 segundo o censo de 2000, valor inferior às taxas de outros países de categoria de rendimento semelhante.

A nível dos grupos etários mantém-se a tendência anterior, isto é, a população cabo-verdiana continua a ser maioritariamente jovem. A taxa de crescimento anual é de 1.2%, o que significa dizer que o ritmo de crescimento nos últimos dez anos foi muito inferior em relação aos dados do censo anterior.

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Todas as mulheres adultas acima referidas e com diagnóstico positivo de câncer de colo do útero foram incluídas no estudo, as que não tiverem diagnóstico positivo ou dados incompletos no sistema hospitalar foram automaticamente excluídas.

Variáveis do Estudo

Como variável dependente ou desfecho tem-se o câncer de colo do útero, e como variáveis independentes: as variáveis Sócio-Demográficas (idade, estado Civil, residência: ilha, naturalidade, localidade.), variáveis Socioeconômicas (escolaridade, profissão) e variáveis relacionadas aos Comportamentos de Saúde (tabagismo, história menstrual, idade de início da atividade sexual, número de parceiros sexuais, número de filhos, uso de contraceptivos orais, realização de exame preventivo anterior, presença ou não de DST de acordo com o prontuário médico principalmente o HPV).

Fonte de dados para a realização do estudo

Os dados para a análise foi obtido através do banco de dados estatísticos do Hospital Agostinho Neto da cidade da Praia, centro hospitalar que oferece assistência especializada e integral ao paciente com câncer.

A seção estatística do hospital coleta dados de todos os pacientes atendidos neste hospital através dos relatórios e prontuários médicos, com diagnóstico confirmado ou suspeita de câncer. Sua principal função é clínica, podendo ser utilizado para avaliar o trabalho realizado no hospital, como resultados finais alcançados, monitorização e avaliação dos cuidados prestados aos pacientes com câncer, e também pode oferecer dados estatísticos sobre o resultado dos tratamentos aplicados. Para a utilização deste banco de dados foi obtida a autorização do diretor da instituição onde o mesmo se encontra.

Coleta dos Dados

Para a realização da coleta dos dados, previamente foi estabelecido contato com o Diretor do Hospital Central Dr. Artur Correia, para apresentação e explicações quanto aos objetivos e métodos da pesquisa. Os dados foram coletados do sistema de informação do departamento de estatística do Hospital pelo responsável técnico de gerenciamento do banco de dados.

Controle de Qualidade

A reprodutibilidade dos achados foi testada e para isto, os dados foram coletados pelo mesmo estatístico do hospital pelo menos duas vezes e verificados pelos autores do trabalho.

Análise dos Dados

Para análise dos dados, foi utilizado o programa Excel para armazenar os dados durante a coleta e esses transportados para o programa STATA 9.0 para análises estatísticas. Num primeiro momento realizou-se a estatística descritiva (frequência) das variáveis e a distribuição dessas de acordo com: faixa etária, tipo de serviço recebido no momento da entrada no Hospital, residência, estado civil (casada, solteira, união formal ou informal “Junta”), ilha, profissão (independente de ter ou não carteira assinada), idade da primeira menstruação, numero de parceiros até a ultima coleta, numero de gestações (nascidos vivos e mortos), presença e ausência de HPV, método contraceptivo utilizado, inicio da primeira atividade sexual e nível de escolaridade (analfabeto grau completo ou incompleto, superior completo e incompleto e médio).

O conjunto das variáveis irá fornecer-nos um perfil oncologico de tais mulheres atendidas no H.A.N e suas implicações quanto aos fatores de risco para lesões de colo de útero.

Questões Éticas

O projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) visto que o estudo foi com dados secundários fornecidos pelo Hospital publico (Hospital Agostinho Neto).

Limitações do estudo

Entre as possíveis limitações desse estudo está o fato de que a amostra não pode extrapolar para a população, pois é um estudo com dados

secundários do banco de Hospital Agostinho Neto referente às mulheres que utilizaram ou utilizam ainda esse serviço.

Devido à falta de dados no sistema e também de amostra suficiente num determinado período foi muito difícil organizar essa amostra e por causa disso não foi determinado no estudo um período definido, mas sim coletados todo o numero caso independente do ano ocorrido.

Apresentação e discussão dos resultados

A população de estudo constituída de 105 mulheres, mas apenas 100 atenderam os critérios de inclusão expressos no projeto de pesquisa. Desse contingente, foram excluídas da análise 05 pacientes com os dados incompletos ou com falta de variáveis precisas para o estudo.

Serão apresentados a seguir os resultados das 100 pacientes que concluíram os procedimentos nos dados adquiridos.

Conforme a tabela 1, a ilha de Santiago com a capital Cidade da Praia, houve uma disparidade de casos quando comparada com as outras ilhas ou localidades. O Hospital Agostinho Neto se localiza nessa ilha e abarca pacientes das outras ilhas, usuárias que são enviadas para fazer o tratamento na Capital e muitas vezes são admitidas como residentes atuais da cidade no momento do preenchimento do prontuário.

A distribuição das mulheres em relação a menarca evidenciou que 48% teve o início do ciclo menstrual entre 14-16 anos; 27 (27,2%) 17-19 anos e 24 (24,3%) 11-13 anos respectivamente (Tabela 2).

A atividade sexual da metade da amostra (50%) ocorreu entre 17-20 anos, uma fase considerada tardia e precocemente dos 13-16 anos de idade com 39% (Tabela 2).

Quanto ao início da vida sexual das mulheres, observou-se que 50% iniciaram entre 17 a 20 anos (tabela 2) e mulheres entre 13-16 anos (39%). Conforme o Ministério da Saúde de Cabo Verde, os achados de anormalidades citopatológicas em adolescentes sexualmente ativas vêm aumentando progressivamente com o passar dos anos, devido à precocidade da primeira relação sexual após a menarca, sendo recomendado um intervalo não inferior a dois anos entre a menarca e a atividade sexual. Essa ultima variável estaria relacionada à exposição do colo uterino imaturo, dando maiores chances de interação entre agentes carcinogênicos e o colo ⁽⁷⁾.

A idade das mulheres foi agrupada a cada 10 anos. Houve maior predominância de câncer de colo de útero na faixa entre 30 a 59 anos

com 51% de casos, sendo 24% para faixa etária entre 38-47 anos e 27% na faixa etária de 48-59 anos. Isso se comprova na literatura o CCU acomete mulheres na faixa etária reprodutiva, concentrando-se naquelas com idade acima de 30 anos, com pico máximo de incidência entre 30 a 59 anos, sendo menos frequente antes dos 30 anos, e diminui com o aumento da idade das pacientes a partir de 60 anos⁽⁸⁾. Isso se deve ao longo período da evolução da infecção inicial pelo HPV no início da atividade sexual, na adolescência ou até por volta dos 20 anos, até o aparecimento do câncer. Porém, esse quadro vem se modificando aos poucos e o aparecimento de lesões precursoras está ocorrendo cada vez mais precocemente, devido à iniciação cada vez mais antecipada da atividade sexual associada aos demais fatores de risco.

Houve casos nessa amostra de pacientes com câncer de colo de útero aos 23 anos de idade, caso considerado raro, a não ser que ela esteve exposta a fatores associados ou precursores de câncer na adolescência e também consideramos provável que elas tiveram o início sexual—mais cedo e por isso a exposição foi maior.

As mulheres casadas ou em união consensual portadora de lesões cervicais na população em estudo representam 45% de casos seguido de mulheres que não são—casadas ou solteiras vivem com o marido a bastante tempo ou assumiram um outro tipo de “relacionamento” ou compromisso com 24% de casos e as mulheres solteiras com 15% de diferença quando comparadas com as que vivem numa união conjugal “Junta” (Tabela 3).

A prevalência de câncer de colo de útero é maior entre as casadas (45%) praticamente o dobro que as com outro estado civil. Esse fato indica que tal tipo de união conjugal pode conduzir as esposas a uma maior exposição, principalmente às doenças infecciosas do trato genital transmitidas por relação sexual, pois muitas vezes essas confiam na fidelidade de seus companheiros e não utilizam nenhum método de prevenção.

Piatto⁽⁸⁾ demonstrou que a frequência é acentuada entre as mulheres casadas (79%), seguido das mulheres em outro estado civil (17%) e das solteiras (4%). Em termos estatísticos/percentagens houve diferença entre o resultado de Piatto e o nosso estudo e mesmo assim se chega a conclusão que mulheres casadas correm um risco de desenvolver cancer de colo de uterino que as solteiras. Susser⁽⁹⁾ chama a atenção para associações falsas, vale a pena chamar a atenção para os fatores idade/casamento porque quanto mais idosa maior a chance de ser casada ou ter ligação estável e consequentemente de vir a ter um maior número de parceiros. Por isso existe uma correlação entre a idade e outros fatores.

Vale à pena fazer um estudo sobre o comportamento sexual dos homens cabo-verdianos visto que nesse estudo observamos que eles têm uma ligação bem forte na transmissão do vírus HPV.

Muitos estudos ao longo dos anos reforçam a associação do câncer da cérvix com a atividade sexual das mulheres. Referem ocorrência elevada em mulheres com múltiplos parceiros sexuais, início da atividade sexual muito cedo, muitos filhos ou companheiros que já tiveram várias parceiras sexuais^(10, 11,12).

Segundo Oliveira⁽¹³⁾, mulheres solteiras correm mais risco de adquirir o câncer de colo uterino, pois, acredita-se que estas possuam uma multiplicidade de parceiros sexuais estando mais expostas a carcinogênicos sexuais. No nosso estudo as mulheres solteiras têm uma prevalência de 23% do numero de casos e são as menos afetadas pelo câncer cervical quando comparadas com as casadas com um único parceiro, mas ainda precisa-se de estudos mais definidos em termos de metodologias para ver melhor a correlação entre estado civil e câncer de colo de útero.

Nesse estudo, o número de pacientes divorciadas é pequeno (1%) dificultou pouco no momento da análise dos dados.

As mulheres que tiveram 1 parceiro até o momento da descoberta da neoplasia apresentaram 67% de casos prevalentes, uma diferença enorme quando comparada com as que tem mais de 2 parceiros (31%) veja tabela 3. Assim, mulheres com 2 parceiros (18%) e mulheres com 3 parceiros (13%) de casos.

Ressalta-se que mulheres com dois ou mais parceiros, devem ser conscientizadas de que o número de parceiros influencia na aquisição de doenças sexualmente transmissíveis como o HPV, aumentando os riscos de infecção do colo uterino. Estudos mostram que a frequência de HPV se mostrou diretamente relacionada com o aumento do número de parceiros⁽¹⁴⁾.

A alta paridade é um fator consistente em vários estudos e o risco de ter câncer cervical aumenta entre as mulheres que tiveram 4 filhos, quando comparado com as que tiveram 1 ou nenhum^(15,16,17). Pode-se notar na (Tabela 4) pacientes com 2 a 4 filhos o número de casos prevalentes foi 3 vezes maior do que aquelas sem filhos ou mais de 5 filhos.

Ao se estudar os métodos contraceptivos utilizados, notou-se um grande número de mulheres que não faziam uso de nenhum método 71 (71%), enquanto 29 (29%) utilizam algum método. Dentre este mais utilizado é o anticoncepcional oral com 15 mulheres (15%). Apenas 4 (3,9%) usava

anticoncepcional injetável, 4 (3,9%) realizaram laqueadura tubária e 6 (5,9%) utilizavam DIU (dispositivo intra-uterino). Nenhuma das mulheres do estudo usam preservativo ou pelo menos não consta no banco de dados, sabendo que é a primeira forma de prevenção (Tabela 4).

Desde a introdução do programa de planejamento familiar, em Cabo Verde houve um aumento com o passar dos anos do número de mulheres que agora usam algum anticoncepcional principalmente a pílula, sendo este usado por mais de dez anos é tido como fator co-promotor para a referida neoplasia⁽¹⁸⁾.

O tempo do uso dos anticoncepcionais não constava no banco e acreditamos que nem nos prontuários tem esse campo.

Das mulheres acima referidas não usam a camisinha que é a prevenção primária de CCU pelo menos este dado não se encontrava no banco no momento da coleta.

Quanto à profissão/ocupação das pacientes 39,9% não exercem atividade remunerada 27% são funcionárias e 13% são comerciantes/ambulantes. Esses resultados tornam evidentes que em função da baixa escolaridade as pacientes ou não exercem atividade remunerada ou trabalham em atividades no ramo do trabalho doméstico, sendo a maioria dessas analfabetas ou possuem um grau mínimo de escolaridade (Tabela 4).

Essas usuárias são as que menos realizam o exame preventivo dado que elas nem fazem ideia que a doença existe, são pacientes que vivem em localidades com menos condições hospitalares e muito menos um ginecologista periodicamente no posto de saúde, elas não sabem dos direitos à saúde que têm e conformam com o estilo de vida que é proporcionado pelo governo enquanto as mulheres inseridas no mercado de trabalho com condições financeiras adequadas procuram clínicas privadas onde as condições hospitalares são melhores, os médicos são mais atenciosos com as pacientes e ainda procuram cuidar melhor da saúde. Mas mesmo assim as cabo-verdianas num modo geral procuram muito pouco as consultas ginecológicas comparando com a população feminina existente no país. Ainda estamos vencendo os tabus.

Quanto a escolaridade as usuárias têm, em sua maioria, o ensino primário e ensino secundário 25%, a outra maioria são mulheres analfabetas (22%) (Tabela 6), com pouca diferença as mulheres com algum nível escolar tem maior numero de casos que as analfabetas, uma explicação para esse fato poderia ser que mulheres com maior

escolaridade teriam mais acesso à informação e poderiam utilizar métodos adequados para a prevenção dessa infecção ou poderia também ser resultado de um efeito amostral em que se observa uma menor frequência de HPV genital nas mulheres com menor escolaridade.

Acredita-se que as mulheres que têm a escolaridade um fator protetor para a ocorrência de doenças, porém o baixo grau de escolaridade traz como consequência a falta de conscientização para o exercício da cidadania, formas de prevenção e acesso à assistência à saúde ⁽¹⁵⁾.

Atualmente é indiscutível a associação do Papilomavírus humano (HPV) com o carcinoma do colo uterino. O principal estudo a comprovar esta associação foi o estudo multicêntrico que detectou a presença de HPV em 99,7% das amostras analisadas segundo Wallboomers ⁽¹⁹⁾. Das 100% analisadas que são usuárias do H.A.N, 92% de casos (Tabela 5) tiveram HPV presente no diagnóstico e isso nos fez acreditar que esse factor tem um papel importante no aparecimento de câncer cervical.

Considerações Finais

Sabe-se que o câncer de colo uterino vem sendo a única neoplasia maligna relacionada com doença infecciosa, no caso o HPV, visto que pelo menos 97% dos casos contêm o vírus. Essa relação foi reconhecida como principal causa de câncer cervical pela Organização Mundial de Saúde.

Consideramos que, das pacientes atendidas com câncer de colo uterino, todas possuem características ou um perfil oncologico semelhante entre si e com todos os fatores de risco que propiciam o desenvolvimento de câncer de colo de útero, são mulheres com baixo nível socioeconómico, baixo nível de escolaridade, o reduzido número de gestações, um parceiro sexual, casadas, não usam preservativo, usam métodos contraceptivos de barreira e não realizam exame preventivo (Papanicolaou) de rotina.

Quanto aos exames de rastreamento de neoplasias cervicais, observa-se dificuldade do programa em recrutar a população de risco. Para o aprimoramento do programa, deve-se investir nos programas efetivos para a população feminina como a masculina, e também investir mais em capacitação profissional e em estruturas básicas de funcionamento, pois a realização periódica de exames preventivos permite reduzir a mortalidade por câncer na população de risco.

Tabela 1 – Características das mulheres com câncer de colo de útero do estudo de acordo com a naturalidade e local de residência

Variável	Amostra (%)
Naturalidade	
Assomada	2 (2,0)
Brava	1 (1,0)
Cidade Velha	6 (6,0)
Fogo	2 (2,0)
Praia	74 (74,0)
Santa Cruz	3 (3,0)
Santiago	7 (7,0)
Santo Antão	1 (1,0)
São Domingos	2 (2,0)
Tarrafal	2 (2,0)
Total	100 (100,0)
Localidade de Residência	
Cidade Velha	1 (1,0)
Achada Fazenda	1 (1,0)
Achada Santo Antonio	1 (1,0)
Achadinha	2 (2,0)
Calabaceira	2 (2,0)
Chão Bom	2 (2,0)
Eugénio Lima	1 (1,0)
Mosteiros	1 (1,0)
Palmarejo	1 (1,0)
Paul	1 (1,0)
Plateau	1 (1,0)
Praia	65 (65,0)
Praia Baixo	1 (1,0)
Safende	2 (2,0)
Santa Cruz	4 (4,0)
Santiago	1 (1,0)

São João Baptista	5 (5,0)
São Martinho	1 (1,0)
São Nicolau Tolentino	1 (1,0)
Terra Branca	2 (2,0)
Tira Chapéu	3 (3,0)
Total	100 (100,0)

Ilha de Residência

Boa Vista	1 (1,0)
Fogo	1 (1,0)
Santo Antão	1 (1,0)
Santiago	97 (97,0)
Total	100 (100,0)

Fonte:
Banco de

dados estatísticos H.A.N

Tabela 2 – Distribuição das mulheres com câncer de colo de útero do estudo, quanto a variáveis sócio-demográficas

Variável	Amostra (%)
Idade (anos)	
23-35	19 (19,0)
38-47	24 (24,0)
48-59	27 (27,0)
60-72	17 (17,0)
73-86	13 (13,0)
Total	100 (100,0)
Estado Civil	
Casada	45 (45,0)
Divorciada	1 (1,0)
Junta	24 (24,0)
Solteira	23 (23,0)
Viúva	7 (7,0)
Total	100 (100,0)
Profissão	
Alfaiateira	1 (1,0)
Cabelereira	2 (2,0)
Comerciante	13 (13,0)
Domestica	40 (40,0)
Empregada Domestica	3 (3,0)
Estudante	3 (3,0)
Funcionária	27 (27,0)
Peixeira	2 (2,0)
Reformada	9 (9,0)
Total	100 (100,0)

Fonte: Banco de dados estatísticos H.A.N

Tabela 3 – Distribuição das mulheres com câncer de colo de útero do estudo, de acordo com variáveis comportamentais de saúde.

Variável	Amostra (%)
Idade da Menarca (anos)	
11-13	24 (24,0)
14-16	49 (49,0)
17-19	27 (27,0)
Total	100 (100,0)
Idade de início da atividade sexual (anos)	
13-16	39 (39,0)
17-20	50 (50,0)
21-29	11 (11,0)
Total	100 (100,0)
Nº de Parceiros	
1	67 (67,0)
2	18 (18,0)
3	13 (13,0)
4	2 (2,0)
Total	100 (100,0)
Número de Gestações	
Nenhuma	5 (5,0)
1-4	75 (75,0)
5-8	19 (19,0)
9 ou mais	1 (1,0)
Total	100 (100,0)
Método Contraceptivo	
Contraceptivo Oral	15 (15,0)
Dispositivo Intra Uterino (DIU)	6 (6,0)

Contraceptivo Injetável	4 (4,0)
Laqueação Tubular	4 (4,0)
Nenhum	71 (71,0)
Total	100 (100,0)

Fonte: Banco de dados estatísticos H.A.N

Tabela 4 – Distribuição das mulheres com câncer de colo de útero do estudo conforme a presença de HPV.

Variável	Prevalência de HPV (%)	IC 95%
HPV		
Não	8 (8,0)	2 – 13
Sim	92 (92,0)	86,7 - 97

Fonte: Banco de dados estatísticos H.A.N

Tabela 5 – Distribuição das mulheres com câncer de colo de útero do estudo, segundo escolaridade

Variáveis	Amostra (%) (IC 95%)	
Escolaridade		
Analfabeta	22 (22,0)	(13-29)
Curso técnico	2 (2,0)	(0,8-4,8)
Doutorada	1(1,0)	(0,9-3)
Médio/técnico	5(5,0)	(0,6-9)
Mestrada	1(1,0)	(0,9-3)
Primaria	25(25,0)	(16-33)
Primaria incompleto	5(5,0)	(0,6-9)
Secundaria	25(25,0)	(16-33)
Secundário incompleto	3(3,0)	(0,4-6)
Superior	10(10,0)	(4-16)
Secundário incompleto	1(1,0)	(0,9-3)

Fonte: Banco de dados estatísticos H.A.N

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Falando sobre câncer do colo do útero*. Rio de Janeiro (RJ): MS/INCA; 2000.
2. Secretaria de Estado da Saúde (SP) – Fundação Oncocentro de São Paulo. Câncer do colo uterino: *Manual de orientação*. São Paulo (SP): FO; 1996.
3. Haas, P; Gonçalves, FT; Schlatter, HE; Ratchitzki L. *Avaliação do preventivo do câncer de colo de útero em laboratório com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e laboratório com atendimento de convênio, na cidade de Florianópolis*. RBAC 1999; 31(1): 21-4.
4. WCN, Women's Câncer Network. Gynecologic Câncer Information. Cervical Câncer: *Fatures that increase your risk of developing cervical câncer*. 2000. Disponível em: //A:/ca de colo fator risco.htm. Acesso em 28 de Outubro de 2010.
5. União Internacional Contra Câncer. Epidemiologia Descritiva e Câncer Humano. In: Bosch FX, Coleman MP, editores. *Manual de Oncologia Clínica*. 6ª edição. São Paulo (SP) Fundação oncocentro; 1999.
6. Cabo Verde. Instituto Nacional de Estatística. *Dados Demográficos da População do Censo*, 2010. Disponível em: [http:// www.ine.cv//](http://www.ine.cv//). Acesso em: 28 de Outubro de 2010.
7. Rodríguez, S. A. Factores de riesco del câncer de cerviz en el minucipio Cerro. *Rev Cuba Higiene Epidemiol* 1999; 37:40-46.
8. Piato, S. *Epidemiologia das neoplasias malignas*. In: Rodrigues de Lima G. Editor. *Ginecologia Oncológica*. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 28-34.
9. Susser, M., 1973 - *Causal thinking in the health sciences. Concepts and strategies in epidemiology*. N.York, Oxford.
10. Bekkers, RL; Massuger, LF; Bulten, J; Melchers, WJ. Epidemiological and clinical aspects of human papillomavirus detection in the prevention of cervical cancer. *Rev Medicina Virol* 2004; 14:95-105. Disponível em: www.scielo.com. Acesso em: Novembro 2008.
11. Murta, Genilda Ferreira et al. *Saberes e práticas*: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 4. ed. São Caetano do Sul: Ed. Difusão, 2008. v. 3.

12. Gopalkrishna, V; Murthy, NS; Sharma, JK; Roy, M; Das, DK; Luthra, UK et al. Increased human papillomavirus infection with the increasing number of pregnancies in Indian women. *J Infect Dis* 1995; 171:254-5.
14. Ziegler, L.D.N. Prevenção do Câncer de Colo Uterino: *conhecimento, percepção e fatores intervenientes* – um estudo com mulheres de Jaibaras. 2002.
15. Muñoz, N; Franceschis, S; Bosetti, C; Moreno, V; Henero, R; Smith, JS; Shah, KV; Mgiijer, C.JLM; Boch, FX. Role of parity and human papillomavirus in cervical câncer: *The IARC multicentric case-control study*. The Lancet 2002; 359:1093-1101.
16. Skegg, DCG. *Oral contraceptives, parity and cervical cancer* (comments). The Lancet 2002; 359:1080-1081.
17. Burd, EM. Human papillomavirus and cervical cancer. *In_Clin Microbiol Rev* 2003; 16(1): 1-17.
18. Cabo Verde. Ministério de Saúde. *Relatório Estatístico da Citologia da CSR - Bela Vista e do Serviço de Anatomia Patológica HBS, 2008*. Disponível em: <http://www.minsaude.cv/>. Acesso em: 18 de Abril de 2009.
19. Walboomers, J. M. M.; Jacobs, M. V.; Manos, M.M.; Bosch, F. X.; Kummer, J. A.; Shah, K. V. ; Snijders, P. J. F.; Peto, J.; Meijer, C. J. L. M. Munõz, N., 1999. Human Papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer world -wide. *Journal of Pathology*, 189:12-19

6. RECOMENDAÇÕES

Necessita-se de mais estudos, preferencialmente, prospectivos com amostras mais abrangentes de uma população geral e de baixo risco para que melhor avaliem a associação dos factores de risco para câncer de colo uterino.

Problemas como baixos níveis de cobertura populacional com exame citológico do colo do útero, falhas no acompanhamento das mulheres com anormalidades e na adopção de condutas diagnósticas e terapêuticas adequadas têm sido frequentemente incluídos entre os fatores associados ao fracasso dos programas de rastreamento do câncer do colo do útero. A importância do seguimento citológico das pacientes examinadas é ressaltada por vários autores que consideram esta ação como elemento fundamental para avaliação da efetividade das ações.

É fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é e qual a importância do exame preventivo, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco. O Ministério de Saúde de Cabo Verde tem realizado diversas campanhas educativas, voltadas para a população e para os profissionais da saúde, para incentivar o exame preventivo, só que essas campanhas têm sido mais focadas para o câncer de mama do que para o câncer de colo de útero. Então se precisa dar atenção também a essa problemática que tem afetado muito as mulheres cabo-verdianas que é o câncer cervical.

A dificuldade das mulheres rurais no acesso às informações e ações de saúde está relacionada, dentre outros fatores, as desigualdades das relações de gênero e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais e sua pouca sensibilização. Há uma necessidade de programas voltados para as mulheres com pouco acesso as informações e incentivo na procura de consultas ginecológicas nem só para as mulheres das zonas rurais como também para as da Cidade da Praia que vivem em bairros periféricos.

É importante a questão da sensibilização da população, em saber onde procurar assistência médica e também consultas de ginecologia sempre, pelo menos duas vezes por ano.

A redução da incidência dos casos de cancro uterino só é

possível mediante a promoção da saúde e a detecção precoce das lesões no rastreio. Quanto à detecção precoce das lesões, Dra. Vasconcelos é de opinião de que deve haver um programa de atenção a mulher muito bem dirigido e organizado para poder dar respostas.

A educação sexual, ainda é outro factor importante da prevenção do carcinoma cervical, através de uma orientação do uso correcto de preservativos, de modo a desmotivar a promiscuidade sexual e o início precoce da actividade sexual.

Para a prevenção existem possíveis precauções, a primeira é a aplicação da vacina, com o objectivo de impedir a transmissão do tipo do HPV indispensável ao desenvolvimento da doença. E, a segunda trata do rastreio (citologia cervical ou teste de Papanicolaou), com vista a detectar as lesões pré-invasivas e impedir o aparecimento do cancro. O exame citológico com técnica de Papanicolaou é recomendando a todas as mulheres sexualmente activas, ou não independentemente da idade.

Acreditamos que os resultados deste estudo não são conclusivos, porém poderão contribuir para um melhor entendimento acerca da prevenção do câncer de colo uterino, possibilitando não só ao enfermeiro, mas a todos os profissionais da área da saúde e, principalmente, às mulheres, o desenvolvimento de ações relacionadas à prevenção de forma mais consciente e eficaz.